



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UnASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicinal Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade de Saúde da Família
Centro I de Extremoz/RN

Rafael Góis Campos

Pelotas, 2014

Rafael Góis Campos

**Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade de Saúde da
Família Centro I de Extremoz/RN**

Trabalho acadêmico apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde
da Família – Modalidade à Distância
– UFPel/UnASUS, como requisito de
avaliação para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da
Família.

Orientadora: Dda. Enf.^a Adrize Rutz Porto

Pelotas, 2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C198m Campos, Rafael Góis

Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade de Saúde da Família Centro I de Extremoz/RN / Rafael Góis Campos; Adrize Rutz Porto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da mulher 4.Pré-natal 5.Puerpério 6.Saúde bucal I. Porto, Adrize Rutz, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todas as usuárias que participaram dele e cujas histórias e dados me fizeram perceber um novo paradigma.

Agradecimentos

Agradeço a toda equipe de Saúde da Família da Unidade do Centro I em
Extremoz, com especial foco a enfermeira Nires Faria.

Obrigado pela ajuda!

Resumo

Campos; Rafael Góis. **Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade de Saúde da Família Centro I de Extremoz/RN**; 87f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A atenção básica é a principal forma e local de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde. E o pré-natal é um excelente indicador de qualidade em assistência a saúde de uma área. Esse projeto de intervenção foi realizado por uma equipe do Programa de Saúde da Família no Município de Extremoz/RN, com o objetivo de melhoria da atenção básica, especificamente da atenção ao pré-natal e puerpério. O projeto foi realizado ao longo de 12 semanas, incluindo todas as gestantes acompanhadas no pré-natal da área adscrita a unidade básica de saúde. O trabalho visou aumentar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, melhorar o registro das informações, mapear as gestantes de risco e desenvolver a adesão ao pré-natal pelas gestantes. Foram seguidas as informações contidas no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério e Caderno de Atenção Básica Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Tivemos resultados expressivos, com aumento de cobertura de 60% para 84% (76 gestantes) de cadastradas, captação mais precoce das gestantes, prescrição de todos os medicamentos e solicitação de exames, de acordo com o protocolo referido, melhora da vacinação, das orientações constantes e do exame físico das gestantes. Um dos problemas que tivemos foi a falta de sulfato ferroso. Inicialmente, ele era entregue para a usuário durante a consulta, o uso era orientado e incentivado a adesão. Com a falta dele na unidade, muitos usuários não tem condições de utilizá-lo, por motivos financeiros. Conforme previsto no planejamento para a intervenção, houve três reuniões com a comunidade bastante produtivas, contando com a participação de cerca de 20 a 30 pais/maridos de algumas gestantes, em cada reunião. As gestantes e familiares trouxeram várias dúvidas e crenças populares e dentro nas nossas limitações, explicamos o que pudemos. Foram ótimos momentos de encontro, interação entre a equipe e a comunidade. Percebemos as angústias da população: falta de condições materiais e financeiras, falta de estrutura nas casas, ineficiência da rede de saúde do município e de aplicação de recursos. As pessoas demonstraram-se vontade de mudar e participam se houver a motivação certa. Esses três encontros serviram para perceber que as coisas podem ser diferentes, quando bem dialogadas e explicadas. E mostramos para a comunidade que momentos como aquele são importantes. A realização desse trabalho durante esse período resultou em importantes mudanças que contribuíram para melhoria da qualidade do pré-natal oferecido pela unidade.

Palavras-Chave: saúde da família; atenção primária à saúde; saúde da mulher; pré-natal; puerpério; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1 - Proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal de Puerpério na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.....	62
Figura 2 - Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.	63
Figura 3 - Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.	64
Figura 4 - de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.	65
Figura 5 - Proporção de gestantes com o esquema da vacina antitetânica completo na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.....	67
Figura 6 - Proporção de gestantes com o esquema da vacina de Hepatite B completo na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.....	68
Figura 7 - Proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.	69
Figura 8 - Proporção de gestantes com exame de puerpério entre 30º e 42º dia do pós-parto na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.	69

Lista de Abreviaturas/Siglas

ABO-Rh	Tipagem sanguínea ABO e fator Rh
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Anti-HIV	Anticorpos do Vírus da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Programa de Crescimento e Desenvolvimento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RN	Rio Grande do Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
Una-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i> (Teste laboratorial para doenças venéreas)

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da análise situacional.....	12
1.3 Comparação entre os textos	19
2 Análise estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Ações Detalhadas.....	25
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório de Intervenção.....	54
4 Avaliação da Intervenção	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão	71
4.3 Relatório da intervenção para gestores	75
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	77
5 Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referência	82
Anexo A – Ficha espelho	84
Anexo B – Planilha de coleta de dados	86
Anexo C – Parecer do Comitê de Ética	87

Apresentação

Muitos estudantes da área da saúde terminam os seus cursos de graduação sem ter familiaridade com os temas e práticas de uma boa medicina de família, porque além do domínio do conteúdo, é necessário ter conhecimento sociais e interpessoais, é preciso apreender a realidade e trabalhar com ela e para ela.

Dentre as atividades previstas para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família, é obrigatória a elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Este é o volume final do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Construído ao longo de um ano, com uma intervenção de 12 semanas no município de Extremoz – RN, pelo Médico Rafael Góis Campos e sua equipe de saúde da família. Descreve todas as etapas do processo de trabalho, captação da realidade e tentativa de mudança dela através de uma intervenção: Análise situacional, projeto de intervenção, relatório da intervenção, avaliação da intervenção e análise do processo de aprendizagem ao longo do ano.

Sua elaboração foi baseada em protocolos específicos do Ministério da Saúde. O objetivo é que este documento possa mostrar o trabalho do médico, sua equipe e dos orientadores no planejamento e desenvolvimento dessa atividade acadêmica.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A minha Unidade fica em Extremoz/RN, na região metropolitana da capital do estado. A estrutura é boa, contando com salas de atendimentos, sala de vacina, recepção e sala de triagem, farmácia, esterilização, cozinha, banheiros públicos e para os funcionários. Tem apenas uma equipe, com: um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem e sete agentes de saúde. Além da equipe de odontologia. A equipe é ótima, esforçada, participa e demonstra um bom conhecimento da região e suas peculiaridades. De estrutura e equipe, não posso reclamar.

Os grandes problemas que ela enfrenta são: a grande área que ela cobre, abrangendo mais de 1.000 famílias (quase 6.000 pessoas) que faz com que constantemente haja demanda reprimida. Pois esse número excede em muito as recomendações do ministério da saúde. Isso sobrecarrega o médico, com consultas em demasia e todos os outros funcionários da equipe. Já que comecei a trabalhar há pouco tempo lá, estou atualmente preparando uma queixa formal para ser encaminhada a secretaria de saúde para tentar corrigir tais problemas (com a implantação de outra equipe na unidade, por exemplo).

E o outro problema é a falta de medicamentos. Na realidade a irregularidade deles. Principalmente anticoncepcionais e camisinha masculina e feminina que falta constantemente. A secretaria vive prometendo solução para isso, no entanto, até agora nada. Acrescente a isso a falta de exames, outros medicamentos, e etc.

Outra grande dificuldade que tenho é da estrutura geral da minha região em si. Quase todas as ruas são de barro, casas são improvisadas, sem água encanada e saneamento básico. Muitos bebem água da torneira ou de poço. O

que faz a disseminação de doenças serem grande. Não há um único dia que eu não trate pelo menos umas 10 a 12 pessoas com verminose. Além da falta de ambientes de convivência e espaço para a prática de exercícios físicos. A população é humilde, sem condições financeiras, e muitas sem educação básica. Pensar nisso é a única coisa que me desestimula, pois foge em muito da minha capacidade de mudança como médico de uma equipe. Isso depende da população, da prefeitura, do governo e não só de mim. A única coisa que posso fazer é orientar a população dentro dos meus limites e reclamar e reivindicar, e isso eu faço. O resto é esperar por soluções dos gestores.

Consigo perceber no fórum que problemas todos temos. Uns mais, outros menos. Onde tem estrutura, falta pessoal, onde tem pessoal falta material e por ai vai. Algumas unidades grandes outras pequenas. Mas pude perceber que a minha unidade não é tão ruim, comparando com um menino (Tiago Andrade) que postou que não tem estrutura, medicamentos nem exames. Bem pior do que a minha! Sem contar com outros problemas que considero maiores do que o meu.

Uma coisa interessante que vi em vários relatos, é que muitos deles fazem reunião de equipe. Como disse, cheguei a pouco na unidade e até agora só tive a reunião de recepção. É uma ótima ideia, pra entender melhor a localidade, discutir problemas, melhorar a convivência com a equipe, sincronizar e padronizar as condutas, reclamações e orientações, programar intervenções e etc. Vou, a partir da próxima semana, tentar implantar isso na minha unidade. Nem que seja uma reunião mensal. E assim fica o panorama geral da minha unidade. Problemas são vários e as soluções devem ser buscadas. Espero que ao final desse ano lá consiga solucionar alguns desses problemas.

1.2 Relatório da análise situacional

Extremoz é um município brasileiro situado no litoral do estado do Rio Grande do Norte. Pertencente à Microrregião de Natal e à Mesorregião do Leste Potiguar, bem como à Região Metropolitana de Natal. Localiza-se ao

norte da capital do estado, distante desta 16 quilômetros. Ocupa uma área total de 125.665 quilômetros quadrados, dos quais 15.000 km² são de área urbana.

Em 2012, a população do município era, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimada em 25.324 habitantes, o que classifica o município como o 20º maior em população do Rio Grande do Norte. Segundo o censo desse mesmo ano, 12.192 habitantes eram homens e 12.358 habitantes eram mulheres e 15.769 pessoas viviam na zona urbana (64,18%) e 8.800 na zona rural (35,82%). Enquanto isso, a composição étnica do município era de pardos (60,91%), brancos (29,22%), pretos (8,54%), amarelos (1,09%) e indígenas (0,24%).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Extremoz é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Em 2000, seu valor era de 0,694, sendo o 17º maior do estado (em 166 municípios),

O Município de Extremoz tem ao todo 10 unidades de saúde básica, com oito equipes de saúde da família (duas dessas equipes se dividem entre duas unidades), um hospital e maternidade. Conta com cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) metropolitano. O município tem 01 equipe de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e alguns especialistas que atendem no centro de especialidades (Cardiologista, Psiquiatra, Ginecologia, Pediatria, Otorrinolaringologista, entre outros).

Poucos exames complementares são feitos lá. Além dos exames básicos de sangue, urina e fezes (nem sorologias faz lá), há apenas ultrassom, eletrocardiograma e ecocardiograma. Demais exames são todos encaminhados para a capital.

A unidade de trabalho é “Parque das Flores / Centro I”, que fica numa região rural bastante humilde do município. As ruas ao redor são de barro, muitas casas improvisadas, não tem saneamento básico e uma linha de trem passa bem no meio.

É uma unidade básica pequena com Estratégia de Saúde da Família (ESF), que cuida de uma região grande. Tem apenas uma equipe, composta de médico, enfermeira, dentista, 03 técnicas de enfermagem, 01 assistente de consultório dentário, 08 agentes de saúde, 02 porteiros e 02 auxiliares de

serviços gerais. Juntos não atendemos toda a demanda da unidade, mas tentamos. O trabalho é pesado, mas gratificante. No entanto muitas vezes os usuários não conseguem atendimento (que não sejam urgentes), devido ao excesso de demanda. As fichas de atendimento para a semana do médico são entregues toda sexta-feira, e muitas vezes a população chega de madrugada para conseguir atendimento.

A unidade de saúde foi reformada há cerca de cinco anos e hoje é única unidade do município (entre cinco) que conta com estrutura relativamente boa para realização de tarefas. Temos: Sala do médico, sala da enfermeira, sala de vacina, sala do dentista (única sala do município), farmácia, recepção, banheiros, copa, depósito, sala de esterilização. Apesar da reforma, é uma unidade pequena e que muitas vezes falta espaço. Não há espaço para realização de grupos, nem uma sala onde os agentes de saúde possam se reunir. Mas a unidade tem boa acessibilidade, sem escadas, apenas rampas e banheiro adaptado.

A equipe é ótima, profissionais bem esforçados e trabalhadores. Temos oito agentes, mas ainda sim temos uma área descoberta (são nove áreas ao todo). Cada um tem suas atribuições bem definidas e recentemente instituímos reuniões de equipe quinzenais para discutir assuntos necessários. Isso ajudou muito a equipe a funcionar melhor e ajudou a conhecer mais a comunidade já que a maior parte trabalha lá há anos.

A população coberta é de cerca de 6.000 pessoas. Conta com oito agentes de saúde, e temos uma área descoberta (sem agente de saúde), mas que os usuários procuram nossa unidade quando precisam. É uma população pobre e com baixa escolaridade e uma quantidade de pessoa bem acima do que deveria ter, e, portanto temos grande demanda reprimida.

Todos os dias atende-se uma quantidade de fichas que foram marcadas e uma quantidade de fichas de usuários com demanda no dia. Desse jeito, tentamos minimizar a quantidade de pessoa que ficam sem atendimento, priorizando os que mais precisam. Essa priorização acontece com critério acordados pela equipe (por exemplo: usuário idosos, crianças e grávidas, doenças agudas, doenças crônicas agudizadas, etc.).

Todos os usuários que entram na unidade têm suas necessidades escutadas (pela enfermeira, pelo médico ou pelas técnicas de enfermagem) e a conduta é feita: atendimento imediato se necessário, agendamento de consulta breve, encaminhamento para o pronto socorro ou seguimento normal com marcação de consulta junto com o resto da população.

Como não dispomos de nenhum equipamento para atendimento de urgência (como nebulizador, monitor, entre outros), nem insumos (como medicamento injetável, kit de sutura, entre outros) nem laboratório, nem sala de estabilização. Todos os casos agudos de urgência e emergência são encaminhados para o pronto socorro do município.

É uma população jovem, que ainda está passando pela transição demográfica presente no resto do Brasil. Segundo os agentes de saúde (pois não há contagem apropriada desses dados), há muitos obesos, hipertensos e diabéticos (talvez, pela falta de hábitos e ambientes para prática de exercícios associada à alimentação muitas vezes hiperssódica e hiperlipídica dos moradores da região). O índice de drogas, álcool e cigarro é alto, mas vem diminuindo.

Temos 73% de cobertura na assistência das crianças. A saúde da criança tem um turno específico para atendimento (terça-feira de manhã) com o médico. E outro dia de atendimento com a enfermeira (que atende o Programa Crescimento e Desenvolvimento - CD). Desse jeito tentamos suprir a grande demanda e atender a maior parte das crianças. Há sala de vacinação com todas as vacinas disponíveis e coleta do teste do pezinho uma vez por semana. As orientações dadas às crianças foram combinadas (informalmente) entre o médico e a enfermeira, para que nada seja esquecido. Mas não há nenhum protocolo específico de atendimento dessas crianças, nem registro específico (é feito no prontuário geral mesmo).

Sabemos quem são praticamente todas as crianças menores de um ano na nossa área, são cerca de 80 (pelo menos, cadastradas) e devem haver muito poucas não cadastradas. Dessas, apenas umas 60 fazem as consultas regularmente. Cerca de 20 só veio ao posto uma ou duas vezes e nós fazemos busca ativa dessas (nem que seja para vacina e orientações básicas). Temos entre 95% e 100% de orientações quanto a aleitamento materno exclusivo,

vacinas, teste do pezinho, e exame físico básico com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Instituiu-se recentemente na unidade o “7º Dia Útil”, que significa que o médico faz uma visita domiciliar a toda puérpera e seu recém-nascido até o 7º dia pós-parto, para realizar orientações, conferir vacina, incentivar aleitamento materno exclusivo e diagnosticar os principais problemas que possam surgir nessa época, entre outras coisas. Iniciou há um mês a iniciativa, os impactos ainda não foram medidos, mas aumentou a procura por primeira consulta no CD.

E uma vez a cada dois meses, há a “semana da criança”. Uma semana (quase) inteira para atendimento só de crianças, desse jeito tentamos diminuir mais ainda a demanda reprimida caso haja. Nessa semana, são atendidas apenas crianças e adultos só se for urgência. E temos uma ótima adesão das mães.

A cobertura das grávidas é de cerca de 60%, são atendidas uma média de 15 grávidas por semana pelo médico e outras 15 pela enfermeira. Pelos cálculos, deveriam haver cerca de 90 grávidas, e são apenas 54 cadastradas. Os agentes de saúde repetem que tem muitas grávidas não cadastradas ou que não fazem pré-natal ou que só deixam para iniciar pré-natal pelo segundo trimestre porque simplesmente elas não querem vir à unidade. Dessas 54 cadastradas, 100% são orientadas quanto à vacinação, aleitamento e uso do sulfato ferroso. 90% tem exames solicitados (apesar dos resultados dos exames demorarem) e consultas regularmente agendadas conforme protocolo do Ministério da Saúde. Mas apenas 31% iniciam pré-natal ainda no 1º Trimestre e 56% fizeram o exame ginecológico.

O atendimento é conjunto com a enfermeira ou com a ginecologista do município (que faz os pré-natais de alto risco), com consultas mensalmente alternadas entre o médico e ela. O atendimento e as condutas também são combinados informalmente com a enfermeira, as orientações são as mesmas e as condutas também, não seguimos nenhum protocolo específico, mas temos como base os manuais do Ministério da Saúde nos nossos acordos. Até agora temos tido sucesso em todos os pré-natais, com baixas taxas de intercorrências.

As dificuldades que temos é por causa do município que não dá o necessário. Os exames de rotina da grávida só chegam pelo segundo ou terceiro trimestre, só conseguimos fazer uma ultrassonografia em cada uma delas (raramente duas) e falta sulfato ferroso (constantemente) e ácido fólico (raramente). Tais queixas já foram enviadas para a secretaria e estamos esperando resolução.

O grupo de grávida será o primeiro a ser criado na unidade, estamos em fase de discussão dos temas que serão abordados, e agendamento das reuniões. Espero que no máximo em duas semanas já ocorra a primeira reunião.

A população das mulheres em idade fértil e logo depois da menopausa é a que mais procura a unidade de saúde. Mais do que grávidas e crianças inclusive. E por isso, há boa cobertura nos aspectos da prevenção de câncer de colo de útero e mama (87% e 100%, respectivamente). Todas as mulheres que são atendidas nessa faixa de idade são questionadas de prevenção de câncer de colo do útero e câncer de mama, assim como atividade sexual e planejamento familiar, seguindo as orientações do Ministério da Saúde. E a enfermeira ajuda bastante nesse aspecto, colhe os preventivos com rapidez (apesar do resultado, por causa da secretaria de saúde, demoram em chegar) e não há lista de espera para tal coleta e que rapidamente orienta as mulheres sobre câncer de mama, autoexame e mamografia. Esse é um dos aspectos que precisam de pouca melhora da nossa parte. Não há manual específico, nem registro no local específico.

E é interessante, pois apesar de não haver um monitoramento específico nesse quesito, as próprias mulheres (por terem sido orientadas) já sabem como e quando procurar a unidade para tais coisas. Elas pedem a mamografia, pedem pra colher o preventivo, dizem que se examinam e falam sobre tal assunto abertamente durante as consultas.

Os hipertensos e diabéticos são um ponto crítico na assistência. Apesar da cobertura ser boa, as consultas dos usuários não são agendadas, o que dificulta a procura. Além disso, há muita dificuldade com os exames necessários ao acompanhamento desses usuários (demoram, vem incompleto, faltam), pois é um único laboratório para atender todo o município. Os

medicamentos do Programa de Cadastro de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) até tem, mas existe um grande problema, os usuários aderem muito pouco ao tratamento. A maior parte é obeso, sedentário e se alimenta mal, além de não usar os medicamentos corretamente. As orientações são constantes, mas com baixa adesão.

Isso reflete nos indicadores: 100% tem orientações de nutrição e exercícios, mas apenas 50% tem exames em dia e mais de 70% tem atraso nas consultas, no caso dos hipertensos. E para os diabéticos isso ainda é pior: nenhum teve seu pé examinado, apenas 25% tem exames em dia, e 75% tem atraso de consultas.

A população do município é relativamente jovem (apesar de estar em franca transição epidemiológica e demográfica), então os idosos não são um grande problema. Há cerca de 550 idosos cadastrados na unidade de saúde o que representa uma cobertura de 83%. Eles são atendidos junto com os outros atendimentos, não há um dia específico. Não há manual específico, nem registro no local específico. Raramente ficam sem atendimento, pois eles tem prioridade nos atendimentos de urgência e muitos deles são incluídos nas visitas domiciliares. 73% deles tem hipertensão e apenas 18% são diabéticos. Os que foram atendidos nos últimos três meses (cerca de 240 ou 44%), com a chegada do novo médico tiveram orientações sobre alimentação, exercícios realizadas, bem como avaliação de risco de queda, polifarmácia e indicadores de fragilidade no idoso.

A saúde bucal da população é um dos principais desafios da equipe. O que acontece no município é que só existe uma sala de dentista completa no centro do município, então quatro dentistas de quatro unidades básicas se revezam para atender nela. Ou seja, a dentista da nossa equipe só atende uma vez por semana e faz cerca de 30 atendimento. Então o acompanhamento da saúde bucal de idoso, grávidas e crianças deixa muito a desejar. Difícil marcar uma primeira consulta e mais difícil ainda continuar e terminar o tratamento. Apenas 18% dos idosos, 40% das grávidas, 50% das crianças tem algum tipo de atendimento de saúde bucal.

1.3 Comparação entre os textos

Comparando esse relatório com o texto escrito na segunda semana de ambientação, podemos perceber a mudança de algumas perspectivas. O problema da falta de assistência secundária e de exames complementares ficou óbvio. Percebe-se a má estrutura da cidade em si (“ruas são de barro, casas são improvisadas, sem água encanada e saneamento básico. Muitos bebem água da torneira ou de poço.”). Mas depois de muitas reclamações, o abastecimento de medicamento melhorou. Iniciou-se reuniões de equipe regulares, um grupo de gestantes será criado, crianças são bem atendidas.

Mas muitos desafios se mostram nesse ano de trabalho. A assistência a crianças não é um grande problema: atendimento conjunto com a enfermeira, combinando informalmente como seriam as orientações e consultas, instituição do “7º dia útil” e semana de atendimento infantil.

Mas fica perceptível que o atendimento das grávidas precisa melhorar. Portas abertas para grávidas, dia específico de atendimento, consultas agendadas e criação do grupo de grávidas da unidade, poderiam ser algumas das mudanças que se sugere.

Os hipertensos e diabéticos também estão precisando de atendimento melhor. Com novos desafios de adesão ao tratamento e aquisição de hábitos saudáveis de vida.

E assim, nesse caminho, percebendo os problemas e intervindo neles (muitas vezes sendo necessário começar pelo pior e deixar o “menos pior” para depois) esperamos que a região de trabalho, ao final desse ano, seja um local melhor do que no início do ano.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde, estando relacionada à qualidade de vida e ao desenvolvimento humano e socioeconômico de uma população, evitável em 95% dos casos. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal (grau de recomendação B), segundo o Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2012, p. 37):

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

Dessa maneira, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. O Ministério da Saúde (MS) no Segundo o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal (2000, p. 5) prega que “as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações” sobre a saúde materna e perinatal. Porém, a área de trabalho dessa intervenção deveria ter cerca de 90 grávidas cadastradas e atualmente há apenas 54 (60% de cobertura).

As grávidas cadastradas costumam frequentar as consultas de pré-natal com regularidade, e existe já busca ativa das faltosas, mas que não funciona de forma plena. A adesão das gestantes também é um ponto que necessita de

investimento.

As orientações quanto à vacinação e cessação de tabagismo e alcoolismo costumam ser bem aceitas. Em compensação, o uso do sulfato ferroso e ácido fólico, bem como as orientações nutricionais e de aleitamento materno exclusivo são pouco aceitas e esbarram nas dificuldades financeiras e “mitos” existentes na população. Apenas 31% iniciam o pré-natal ainda no primeiro trimestre. Nenhuma grávida era examinada durante o puerpério de forma rotineira, apenas caso houvesse algum problema durante esse período. Nota-se então que há muitas dificuldades no desenvolvimento da ação programática na unidade.

Na ESF Centro I em Extremoz/RN, a ação programática ainda possui baixa cobertura populacional, dificuldades como atrasos dos exames básicos, áreas descobertas, grávidas que faltam as consultas e que não entendem a importância do pré-natal, condutas não padronizadas e sistematizadas entre os profissionais que fazem o pré-natal, orientações pouco aceitas pela população, entre outras dificuldades. A população é cheia de “mitos” e ideias sobre o pré-natal e puerpério que precisam ser modificados, como a crença de que deve ser dado chás e água durante o aleitamento materno ou que grávidas “tem que comer de tudo e muito”, que “grávidas devem engordar muito durante a gravidez”, entre outras ideias que precisam ser modificadas.

O registro dessas consultas não é adequado para o acompanhamento e avaliação dessa atividade por que não permite o monitoramento da cobertura, nem das condutas que devem ser adotadas. A equipe de trabalho é boa, pois os profissionais são engajados, mostram-se dispostos a melhorar e são tecnicamente bem preparados, além de terem uma boa interação entre si e realizarem um bom trabalho em equipe. Porém, a equipe de saúde bucal está menos inserida no programa de pré-natal e a nessa intervenção, pois possui pouca participação na rotina da equipe.

Temos ainda como dificuldade, duas de nove áreas sem Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que vai dificultar o cadastramento e busca ativa das gestantes. Além disso, a gestão municipal é muito solícita, mas pouco efetiva na resolução dos problemas de saúde do município, dificultando o acesso aos exames e abastecimento de insumos e medicamentos.

A intervenção na presente UBS é importante, pois, um pré-natal de qualidade é um dos grandes objetivos do Ministério da Saúde e um relevante indicador de saúde de uma população. A intervenção então se justifica devido à baixa cobertura na área adscrita da unidade e demais dificuldades citadas anteriormente. Com essa intervenção, a equipe pretende melhorar os indicadores de saúde do município em questão, objetivando a manutenção posterior dessa atividade como parte das atividades regulares da equipe, estando esta engajada e que visualiza a intervenção como algo muito benéfico para os profissionais, para a unidade e para a população.

2.2 Objetivos e metas

O objetivo geral foi melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério.

Os objetivos específicos são: Ampliar a cobertura do pré-natal, melhorar a adesão ao pré-natal, melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na unidade, melhorar o registro das informações, mapear as gestantes de risco e promover a saúde no pré-natal.

As metas são:

Ampliar a cobertura do pré-natal

1. Ampliar a cobertura das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o programa de pré-natal na unidade de saúde para 80% (72 de 90 grávidas).
2. Garantir a captação de 50% das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde no primeiro trimestre de gestação.
3. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica, com plano de tratamento, para 50% das gestantes cadastradas.
4. Realizar primeira consulta odontológica em 60% das gestantes classificadas como alto risco.

Melhorar a adesão ao pré-natal

5. Realizar busca ativa de 90% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal

Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade

6. Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 50% das gestantes durante o pré-natal.
7. Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal.
8. Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.
9. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de ABO-Rh, na primeira consulta.
10. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
11. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de glicemia de jejum em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
12. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de VDRL em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação)
13. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
14. Garantir a 100% das gestantes solicitação de testagem anti-HIV em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
15. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg), na primeira consulta.
16. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), na primeira consulta (se disponível). Exame essencial em áreas de alta prevalência de toxoplasmose.
17. Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina antitetânica.
18. Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina de Hepatite B.
19. Realizar avaliação de saúde bucal em 50% das gestantes durante o pré-natal.

20. Realizar exame de puerpério em 70% das gestantes entre o 30º e 42º dia do pós-parto.

Melhorar registro das informações

21. Manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação em 100% das gestantes.

22. Realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 50% das gestantes cadastradas na unidade de saúde.

Mapear as gestantes de risco

23. Avaliar risco gestacional em 80% das gestantes.

24. Realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 50% das gestantes cadastradas na unidade de saúde.

Promover a Saúde no pré-natal

25. Garantir a 100% das gestantes orientação nutricional durante a gestação.

26. Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.

27. Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir).

28. Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

29. Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

30. Dar orientações para 100% das gestantes e puérperas com primeira consulta em relação a sua higiene bucal.

2.3 Metodologia

O acompanhamento de Pré-natal e Puerpério é uma importante ação na redução da mortalidade infantil no país. Para melhorar esse atendimento, a equipe de saúde da ESF Centro I de Extremoz/RN resolveu investir mais seu trabalho nessa ação programática.

Para a realização dessa intervenção, o Protocolo a ser seguido é o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério e Caderno de Atenção Básica Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2006, 2012). A captação das gestantes será realizada na UBS. Assim que a gestante procurar atendimento na unidade, já será marcada sua consulta com a enfermeira, que a cadastrará no Sis prenatal. Os dados das gestantes serão repassados para caderneta da gestante e ficha espelho do programa, que contém todas as informações necessárias para o seu acompanhamento.

2.3.1 Ações Detalhadas

Seguem abaixo o detalhamento das ações seguindo a sequência da planilha:

Ampliar a cobertura do pré-natal

1.1 Ampliar a cobertura das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o programa de pré-natal na unidade de saúde para 80%

Monitorar a cobertura do pré-natal periodicamente (pelo menos mensalmente): é importante manter registro da cobertura, das consultas, dos atrasos, das necessidades e das atividades com andamento satisfatório. O SISPré-Natal será usado como auxiliar no monitoramento, para melhorar a cobertura do programa. Também serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Acolher as gestantes: todas as gestantes que chegarem à ESF deverão ter suas necessidades ouvidas e com a busca por atendimento da necessidade ou consulta agendada para um próximo dia.

Cadastrar todas as gestantes da área de cobertura da unidade de saúde: essa ação é essencial para o aumento de cobertura, por meio da captação da gestante pelos ACSs.

Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do pré-natal e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde: buscar-se-á realizar

orientações durante as consultas, distribuir panfletos pela unidade e comunidade e possivelmente, palestra em locais específicos.

Capacitar a equipe no acolhimento às gestantes: durante as reuniões de equipe serão ministrados pequenas orientações de como acolher melhor as gestantes, de acordo com o manual do Ministério da Saúde.

Capacitar os ACS na busca daquelas que não estão realizando pré-natal em nenhum serviço: os ACS serão capacitados para busca ativa durante as reuniões de equipe, pois essa é outra ação essencial.

Ampliar o conhecimento da equipe sobre o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN): durante as reuniões de equipe serão ministrados pequenas orientações de como acolher melhor as gestantes de acordo com o Programa.

1.2 Garantir a captação de 50% das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde no primeiro trimestre de gestação.

Monitorar o percentual de gestantes que ingressaram no programa de pré-natal no primeiro trimestre de gestação: será feita em uma tabela no Excel, com dados básicos.

Realizar agendamento imediato para queixas de atraso menstrual: a enfermeira fará o acolhimento nesse caso. Com solicitação de beta-HCG e agendamento de consulta com o médico.

Informar as gestantes sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização do pré-natal: em toda primeira consulta as gestantes serão esclarecidas que a unidade tem “portas abertas” para elas sempre, consultas agendadas, dispensação de medicamentos e exames prioritários no laboratório.

Priorizar o atendimento às gestantes: será separado dois dias na semana na unidade para a consulta dessas usuárias.

Informar a comunidade sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para o diagnóstico de gestação. Conversar sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal: será afixado um cartaz com as orientações de que a unidade tem “portas abertas” para elas sempre, consultas agendadas, dispensação de medicamentos e exames prioritários no laboratório.

Ouvir a comunidade sobre estratégias de captação precoce: orientações por cartazes e palestras. Nas reuniões a comunidade será ouvida. E na consulta a usuária e seus acompanhantes, podem ser ouvidos e explicada as estratégias e orientações.

Esclarecer a comunidade sobre a atenção prioritária às gestantes na unidade de saúde: orientações por cartazes e palestras.

1.3 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica, com plano de tratamento, para 50% das gestantes cadastradas

Monitorar número de gestantes e recém-nascidos cadastrados no programa: é importante manter registro da cobertura, das consultas, dos atrasos, das necessidades e das atividades com andamento satisfatório. O SISPré-Natal será usado como auxiliar no monitoramento, para melhorar a cobertura do programa. Também serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Organizar acolhimento à gestante na unidade de saúde: todas as gestantes que chegarem à ESF deverão ter suas necessidades ouvidas e com a busca por atendimento da necessidade ou consulta agendada para um próximo dia.

Cadastrar na unidade de saúde gestantes da área de abrangência: o SISPré-Natal será utilizado para cadastrar as gestantes. Essa ação é essencial para o aumento de cobertura e realização da busca ativa pelos ACSs.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das gestantes: será tentado agendamento com a dentista.

Oferecer atendimento prioritário às gestantes: como determinado por lei, gestante terá atendimento prioritário na unidade.

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de gestantes e de sua importância durante a gestação, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde: orientações por cartazes e palestras.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais: orientações por cartazes e palestras.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de gestantes: durante orientações nas palestras, reuniões com a comunidade, bem como na consulta com a usuária e seus acompanhantes.

Capacitar a equipe para realizar acolhimento da gestante de acordo com protocolo: durante as reuniões de equipe serão ministrados pequenas orientações de como acolher melhor as gestantes de acordo com o manual do Ministério da Saúde.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de gestantes para o programa: durante as reuniões de equipe serão ministrados pequenas orientações de como acolher e cadastrar melhor as gestantes de acordo com o manual do Ministério da Saúde.

Capacitar os ACS para captação de gestantes: durante as reuniões de equipe serão ministrados pequenas orientações de como acolher e cadastrar melhor as gestantes de acordo com o manual do Ministério da Saúde.

1.4 Realizar primeira consulta odontológica em 60% das gestantes classificadas como alto risco

Monitorar a realização de primeira consulta odontológica das gestantes classificadas como alto risco: será tentado com a dentista.

Organizar acolhimento à gestante na unidade de saúde: equipe será capacitada para tal.

Cadastrar na unidade de saúde gestantes da área de abrangência: cadastro será feito inicialmente pelos ACSs, depois pela enfermeira, em seguida por mim em tabela pessoal do Excel.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das gestantes de alto risco: será tentado com a dentista.

Oferecer atendimento prioritário às gestantes de alto risco: serão encaminhadas para o pré-natal de alto risco.

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de gestantes de alto risco e de sua importância durante a gestação, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde: orientações por cartazes e palestras.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais: orientações por cartazes e palestras.

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de gestantes de alto risco e de sua importância durante a gestação, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde: orientações por cartazes e palestras.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais: orientações por cartazes e palestras.

Melhorar a adesão ao pré-natal

2.1 Realizar busca ativa de 90% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de pré-natal adotado pela unidade de saúde: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Organizar visitas domiciliares para busca de gestantes faltosas: os ACSs serão capacitados para tal.

Organizar a agenda para acolher a demanda de gestantes provenientes das buscas: as técnicas de enfermagem que organizam a agenda (são os profissionais da recepção) serão orientadas a tal procedimento.

Informar a comunidade sobre a importância do pré-natal e do acompanhamento regular: orientações por cartazes e palestras.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das gestantes do programa de Pré-natal (se houver número excessivo de gestantes faltosas): durante orientações em palestras, nas reuniões com a comunidade, na consulta com a usuária e seus acompanhantes.

Treinar os ACS para abordar a importância da realização do pré-natal: durante as reuniões de equipe serão ministradas pequenas orientações de como acolher e cadastrar melhor as gestantes de acordo com o manual do Ministério da Saúde.

Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade

3.1 Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 50% das gestantes durante o pré-natal.

Monitorar a realização de pelo menos um exame ginecológico por trimestre em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Estabelecer sistemas de alerta para fazer o exame ginecológico: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de realizar o exame ginecológico durante o pré-natal e sobre a segurança do exame: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para realizar o exame ginecológico nas gestantes: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem realizar o exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame ginecológico: serão capacitados durante reuniões de equipe.

3.2 Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Monitorar a realização de pelo menos um exame de mamas em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Estabelecer sistemas de alerta para fazer o exame de mama: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de realizar o exame de mama durante a gestação e sobre os cuidados com a mama para facilitar a amamentação: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para realizar o exame de mamas nas gestantes: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem realizar esse exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame de mamas: cada gestante será alocada a um ACS capacitado que fará parte desse sistema de alerta.

3.3 Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

Monitorar a prescrição de suplementação de ferro/ácido fólico em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Garantir acesso facilitado ao sulfato ferroso e ácido fólico: o ácido fólico e o sulfato ferroso serão entregues pelo médico ou enfermeira durante a consulta do pré-natal.

Esclarecer a comunidade sobre a importância da suplementação de ferro/ ácido fólico para a saúde da criança e da gestante: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico para as gestantes: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem prescrever.

3.4 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de ABO-Rh, na primeira consulta.

Monitorar a solicitação de exame ABO-Rh em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame: será feito individualmente durante as consultas.

Demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes: estão agendadas duas reuniões com a gestão para definir isso.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização do exame ABO-Rh: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a solicitação de ABO-Rh: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem solicitar esse exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame ABO-Rh: serão capacitados durante reuniões de equipe.

3.5 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Monitorar a solicitação de exame hemoglobina/hematócrito em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame: será feito individualmente durante as consultas.

Demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes: estão agendadas duas reuniões com a gestão para definir isso.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização do exame hemoglobina/hematócrito: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a solicitação de hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação: a enfermeira e o

médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem solicitar esse exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame hemoglobina/hematócrito: serão capacitados durante reuniões de equipe.

3.6 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de glicemia de jejum em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Monitorar a solicitação de exame de glicemia de jejum, na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame: será feito individualmente durante as consultas.

Demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes: estão agendadas duas reuniões com a gestão para definir isso.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização da glicemia: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a solicitação de glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem solicitar esse exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização da glicemia: serão capacitados durante reuniões de equipe.

3.7 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de VDRL em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação)

Monitorar a solicitação de exame VDRL, na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame: será feito individualmente durante as consultas.

Demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes: estão agendadas duas reuniões com a gestão para definir isso.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização de VDRL: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a solicitação de VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem solicitar esse exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização de VDRL: serão capacitados durante reuniões de equipe.

3.8 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Monitorar a solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma, na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame: será feito individualmente durante as consultas.

Demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes: estão agendadas duas reuniões com a gestão para definir isso.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização do Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a solicitação de Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizado uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem solicitar esse exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma: serão capacitados durante reuniões de equipe.

3.9 Garantir a 100% das gestantes solicitação de testagem anti-HIV em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Monitorar a solicitação de exame da testagem anti-HIV, na primeira consulta, em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame: será feito individualmente durante as consultas.

Demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes: estão agendadas duas reuniões com a gestão para definir isso.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização da testagem anti-HIV: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a solicitação de testagem anti-HIV e outro próximo à 30ª semana de gestação: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e

enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem solicitar esse exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização da testagem anti-HIV: serão capacitados durante reuniões de equipe.

3.10 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg), na primeira consulta.

Monitorar a solicitação de exame para hepatite B (HBsAg), na primeira consulta, em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame: será feito individualmente durante as consultas.

Demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes: estão agendadas duas reuniões com a gestão para definir isso.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização de HbsAg: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a solicitação de HBsAg, na primeira consulta, próximo à 30ª semana de gestação: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem solicitar esse exame.

Capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização de HbsAg: serão capacitados durante reuniões de equipe.

3.11 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), na primeira consulta (se disponível). Exame essencial em áreas de alta prevalência de toxoplasmose.

Monitorar a solicitação de exame para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta, em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame: será feito individualmente durante as consultas.

Demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes: estão agendadas duas reuniões com a gestão para definir isso.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização dos exames laboratoriais: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para a solicitação da sorologia para toxoplasmose: a enfermeira e o médico já tem formação para isso, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica do pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto. Demais profissionais não podem solicitar esse exame.

3.12 Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina antitetânica.

Monitorar a vacinação antitetânica das gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização da vacina antitetânica: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Fazer controle de estoque de vacinas: existe uma funcionária responsável pela sala de vacina que será orientada a tal procedimento.

Esclarecer a gestante sobre a importância da realização da vacinação completa: será feita durante as consultas e visitas domiciliares.

Capacitar a equipe sobre a realização de vacinas na gestação: será feita durante reuniões de equipe.

3.13 Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina de Hepatite B.

Monitorar a vacinação contra a hepatite B das gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização da vacina: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Fazer controle de estoque de vacinas: existe uma funcionária responsável pela sala de vacina que será orientada a tal procedimento.

Esclarecer a gestante sobre a importância da realização da vacinação completa: será feita durante as consultas e visitas domiciliares.

Capacitar a equipe sobre a realização de vacinas na gestação: será feita durante reuniões de equipe.

3.14 Realizar avaliação de saúde bucal em 50% das gestantes durante o pré-natal.

Monitorar a realização de avaliação de saúde bucal em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Organizar a agenda para realização da consulta bucal às gestantes: será discutido com a dentista e sua equipe.

Conversar com a comunidade sobre a importância da atenção à saúde bucal para gestantes e sobre a necessidade de prioridade no atendimento desta população alvo: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar os profissionais de acordo com protocolo de atendimento: será feita durante reuniões de equipe.

3.15 Realizar exame de puerpério em 70% das gestantes entre o 30º e 42º dia do pós-parto.

Monitorar a realização de avaliação puerperal em todas as gestantes: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Organizar a agenda para o atendimento prioritário das puérperas neste período.

Fazer busca ativa das mulheres que fizeram pré-natal no serviço cuja data provável do parto tenha ultrapassado 30 dias sem que tenha sido realizada a revisão de puerpério: cada gestante será alocada a um ACS que fará parte desse sistema de alerta.

Realizar articulação com o programa de puericultura para indagar a todas as mães de crianças menores de 2 meses se foi realizada revisão de puerpério: articulação será feita com a enfermeira que realiza o programa de puericultura.

Esclarecer a comunidade e as gestantes sobre a importância da revisão de puerpério: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar os profissionais para realizar consulta de puerpério abordando métodos de anticoncepção, vida sexual, aleitamento materno exclusivo: serão orientados durante reuniões de equipe e protocolo será estabelecido.

Melhorar registro das informações

4.1 Manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação em 100% das gestantes.

Monitorar o registro de todos os acompanhamentos da gestante: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Avaliar número de gestantes com ficha espelho atualizada (registro de BCF, altura uterina, pressão arterial, vacinas, medicamentos e exames laboratoriais: será feita pelo médico em tabela do Excel).

Preencher o SISPRENATAL e ficha de acompanhamento: atividade já estabelecida como responsabilidade da enfermeira, com acordo prévio.

Implantar ficha espelho da carteira da gestante: existe uma ficha na unidade que não é utilizada, passaremos a usar ela.

Organizar registro específico para a ficha espelho: só a enfermeira e o médico preencherão tal ficha e protocolo será criado.

Esclarecer a gestante sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário: será feita na primeira consulta.

Treinar o preenchimento do SISPRENATAL e ficha espelho: reunião específica com a enfermeira sobre isso.

4.2 Realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 50% das gestantes cadastradas na unidade de saúde.

Monitorar a demanda por atendimento odontológico: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Organizar a agenda de maneira a atender as gestantes com maior prioridade

Esclarecer a comunidade sobre a importância da existência de horários específicos para atendimento das gestantes: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para identificar as gestantes com prioridade no atendimento odontológico: será feito durante reuniões de equipe.

Capacitar a equipe de saúde bucal para dar apoio aos demais profissionais de saúde: objetivo difícil devido a não colaboração da equipe de saúde bucal. Mas reunião inicial será tentada.

Mapear as gestantes de risco

5.1 Avaliar risco gestacional em 80% das gestantes.

Monitorar o registro na ficha espelho do risco gestacional por trimestre: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Monitorar o número de encaminhamentos para o alto risco: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Identificar na Ficha Espelho as gestantes de alto risco gestacional: será protocolado.

Encaminhar as gestantes de alto risco para serviço especializado: já está sendo feito.

Garantir vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar: usuária será orientada quanto a isso.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais adequado referenciamento das gestantes de risco gestacional: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar os profissionais que realizam o pré-natal para classificação do risco gestacional em cada trimestre e manejo de intercorrências: enfermeira e médico já habilitados para tais condutas, mas será realizada uma atualização de conhecimento entre médico e enfermeira de acordo com o caderno de atenção básica para o pré-natal de baixo risco de 2012, sobre o assunto.

5.2 Realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 50% das gestantes cadastradas na unidade de saúde.

Monitorar a demanda por atendimento odontológico: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Organizar a agenda de maneira a atender as gestantes com maior prioridade.

Esclarecer a comunidade sobre a importância da existência de horários específicos para atendimento das gestantes: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para identificar as gestantes com prioridade no atendimento odontológico: enfermeira e médico já habilitados para tais condutas.

Capacitar a equipe de saúde bucal para dar apoio aos demais profissionais de saúde: objetivo difícil devido a não colaboração da equipe de saúde bucal, mas reunião inicial será tentada.

Promover a Saúde no pré-natal

6.1 Garantir a 90% das gestantes orientação nutricional durante a gestação.

Monitorar a realização de orientação nutricional durante a gestação: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Estabelecer o papel da equipe na promoção da alimentação saudável para a gestante: será feita durante reuniões de equipe e grupo será criado com esse fim.

Compartilhar com a comunidade e com as gestantes orientações sobre alimentação saudável: orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para fazer orientação nutricional de gestantes e acompanhamento do ganho de peso na gestação: será feita durante reuniões de equipe.

6.2 Promover o aleitamento materno junto a 90% das gestantes.

Monitorar a duração do aleitamento materno entre as nutrizes que fizeram pré-natal na unidade de saúde: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Propiciar o encontro de gestantes e nutrizes e conversas sobre facilidades e dificuldades da amamentação: grupo será criado com esse fim e terá orientações por cartazes e palestras.

Propiciar a observação de outras mães amamentando: grupo será criado com esse fim.

Conversar com a comunidade, a gestante e seus familiares sobre o que eles pensam em relação ao aleitamento materno: grupo será criado com esse fim e terá orientações por cartazes e palestras.

Desmistificar a ideia de que criança "gorda" é criança saudável: grupo será criado com esse fim e terá orientações por cartazes e palestras.

Construir rede social de apoio às nutrizes: grupo será criado com esse fim.

Capacitar a equipe para fazer promoção do aleitamento materno: será feita durante reuniões de equipe.

6.3 Orientar 90% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir).

Monitorar a orientação sobre os cuidados com o recém-nascido recebida durante o pré-natal: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Estabelecer o papel da equipe na realização de orientações sobre os cuidados com o recém-nascido: será feita durante reuniões de equipe.

Orientar a comunidade em especial gestantes e seus familiares sobre os cuidados com o recém-nascido: grupo será criado com esse fim e terá orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para orientar os usuários do serviço em relação aos cuidados com o recém-nascido: será feita durante reuniões de equipe.

6.4 Orientar 90% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

Monitorar a orientação sobre anticoncepção após o parto recebida durante o pré-natal: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Estabelecer o papel da equipe na realização de orientações sobre anticoncepção após o parto: será feita durante reuniões de equipe.

Orientar a comunidade, em especial gestantes e seus familiares, sobre anticoncepção após o parto: grupo será criado com esse fim e terá orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para orientar os usuários do serviço em relação à anticoncepção após o parto: será feita durante reuniões de equipe.

6.5 Orientar 90% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Monitorar as orientações sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas recebidas durante a gestação: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Monitorar o número de gestantes que conseguiu parar de fumar durante a gestação: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Estabelecer o papel da equipe em relação ao combate ao tabagismo durante a gestação: será feita durante reuniões de equipe.

Orientar a comunidade, em especial gestantes e seus familiares, sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas durante a gestação: grupo será criado com esse fim e terá orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para apoiar as gestantes que quiserem parar de fumar: será feita durante reuniões de equipe.

6.6 Dar orientações para 90% das gestantes e puérperas com primeira consulta em relação a sua higiene bucal.

Monitorar as atividades educativas individuais: serão utilizadas ficha-espelho e planilha do Excel para tal monitoramento.

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual: não existe tempo mínimo, nem máximo de consulta.

Orientar as gestantes e puérperas sobre a importância da prevenção e detecção precoce da cárie dentária e dos principais problemas de saúde bucal na gestação: grupo será criado com esse fim e terá orientações por cartazes e palestras.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal: será feita durante reuniões de equipe.

2.3.2 Indicadores

1. Proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério:

Numerador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Denominador: Número de gestantes pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2. Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação:

Numerador: Número de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

Denominador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

3. Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica:

Numerador: Número de gestantes da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Denominador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

4. Proporção de gestantes de alto risco com primeira consulta odontológica:

Numerador: Número de gestantes classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Denominador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde classificadas como alto risco.

5. Proporção de gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa:

Numerador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério da unidade de saúde buscadas pelo serviço.

Denominador: Número de gestantes faltosas às consultas de pré-natal cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério da unidade de saúde.

6. Proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre:

Numerador: Número de gestantes com exame ginecológico em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

7. Proporção de gestantes com pelo menos um exame das mamas durante o pré-natal:

Numerador: Número de gestantes com exame das mamas em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

8. Proporção de gestantes com prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico:

Numerador: Número de gestantes com suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

9. Proporção de gestantes com solicitação de ABO-Rh na primeira consulta:

Numerador: Número de gestantes com solicitação de ABO-Rh.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

10. Proporção de gestantes com solicitação de hemoglobina / hematócrito em dia:

Numerador: Número de gestantes com solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

11. Proporção de gestantes com solicitação de glicemia de jejum em dia:

Numerador: Número de gestantes com solicitação de glicemia de jejum em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

12. Proporção de gestantes com solicitação de VDRL em dia:

Numerador: Número de gestantes com solicitação de VDRL em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

13. Proporção de gestantes com solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia:

Numerador: Número de gestantes com solicitação de exame de urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

14. Proporção de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia:

Numerador: Número de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

15. Proporção de gestantes com solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg):

Numerador: Número de gestantes com solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg) em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

16. Proporção de gestantes com sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) na primeira consulta:

Numerador: Número de gestantes com solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

17. Proporção de gestantes com o esquema da vacina antitetânica completo:

Numerador: Número de gestantes com vacina antitetânica em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

18. Proporção de gestantes com o esquema da vacina de Hepatite B completo:

Numerador: Número de gestantes com vacina contra Hepatite B em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

19. Proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal:

Numerador: Número de gestantes com avaliação de saúde bucal.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

20. Proporção de gestantes com exame de puerpério entre 30º e 42º dia do pós-parto:

Numerador: Número de mulheres com exame de puerpério entre 30 e 42 dias após o parto.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que tiveram filho entre 30 e 42 dias

21. Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica com tratamento dentário concluído:

Numerador: Número de gestantes com primeira consulta odontológica com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

22. Proporção de gestantes com registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação:

Numerador: Número de ficha espelho de pré-natal/vacinação com registro adequado.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

23. Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional:

Numerador: Número de gestantes com avaliação de risco gestacional.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

24. Proporção de gestantes com avaliação de prioridade de atendimento odontológico:

Numerador: Número de gestantes da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com avaliação de prioridade de atendimento definida.

Denominador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

25. Proporção de gestantes com orientação nutricional:

Numerador: Número de gestantes com orientação nutricional.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

26. Proporção de gestantes com orientação sobre aleitamento materno:

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre aleitamento materno.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

27. Proporção de gestantes com orientação sobre os cuidados com o recém-nascido:

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre os cuidados com o recém-nascido.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

28. Proporção de gestantes com orientação com anticoncepção após o parto:

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre anticoncepção após o parto.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

29. Proporção de gestantes com orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação:

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

30. Proporção de gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica com orientação sobre higiene bucal:

Numerador: Número de gestantes que receberam orientações sobre higiene bucal.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A logística da intervenção contará com várias ações específicas. Usaremos como protocolo oficial o Manual Técnico do Pré Natal de Baixo Risco, do Ministério da Saúde de 2012. Há uma cópia de tal manual na unidade da intervenção. Pretende-se aumentar a cobertura do pré-natal para 72 grávidas de 90 (80%), conforme objetivo traçado anteriormente.

Para registro dos dados será utilizada uma folha espelho de Pré-Natal que já contém a maior parte das informações necessárias: data das consultas, data de início do pré-natal, idade gestacional em cada consulta, quantas consultas foram realizadas, exame físico realizado (incluindo exame ginecológico e das mamas), prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, confirmação de vacinação e consulta odontológica. Essa folha já existe e está impressa na unidade em cópias suficientes, mas não é utilizada pelos profissionais e será iniciado o seu uso. O verso da ficha espelho será utilizado

como uma ficha complementar na qual serão registradas as seguintes informações: resultado dos exames, confirmação das orientações de aleitamento materno exclusivo, nutrição da gestante, cuidados com o recém-nascido, uso de anticoncepcionais, cessação de tabagismo e etilismo. Apenas a enfermeira e o médico farão anotações nessas fichas. O preenchimento será padronizado em reunião com os profissionais responsáveis.

Para o monitoramento regular, bem como facilitar a análise dos dados ao final do projeto, será criada, pelo médico, uma tabela no Excel. Nessa tabela será registrado de forma simplificada as informações acima. Essa tabela será preenchida apenas pelo médico, semanalmente. Ao final de cada semana, os atrasos serão avaliados e o ACS responsável pela gestante será alertado para busca ativa.

Reuniões de equipe são realizadas semanalmente na unidade. Com antecedência, serão reservados de 15 a 20 minutos de cada reunião para a definição dos papéis de cada profissional na intervenção, capacitação dos profissionais, quanto ao acolhimento, busca ativa, informações técnicas contidas no manual de Pré Natal de Baixo Risco. Bem como serão padronizadas informações e condutas, preenchimento de dados e fichas. Cada gestante será vinculada a um ACS para criação da rede de alerta para as dificuldades.

Nessas reuniões, também será organizada a agenda para haver consulta com todas as gestantes que precisarem. Iniciaremos as reuniões com a parte de definições de papéis e padronização. Depois as reuniões de capacitação e por último as reuniões de avaliação.

A equipe de saúde bucal, pelas suas peculiaridades, demandarão reuniões extras para organização da agenda de consultas, padronização do registro e cooperação na intervenção. A enfermeira e o médico, agentes principais dessa intervenção, contarão com encontros com duração de 20 minutos, cerca de duas vezes por semana para discussão de informações técnicas, padronização de condutas e registro, capacitação mútua, segundo o manual utilizado.

Serão agendadas duas reuniões com a secretaria de saúde. A primeira para formar parcerias e contar com a ajuda deles para realização da

intervenção, bem como solicitar agilidade na realização dos exames e na reposição dos estoques de medicamentos necessários e de vacinas. Nessa reunião, também será organizada a via de referência e contra-referência para o pré-natal de alto risco para as gestantes que necessitarem. A segunda reunião será para monitoramento, avaliação e melhora dos pactos feitos e realização de novos pactos, caso necessário.

As técnicas de enfermagem ficarão responsáveis pela organização da agenda de consultas com o médico e a enfermeira. O acolhimento das gestantes também será feita pelas técnicas de enfermagem, em qualquer dia da semana e em qualquer momento de funcionamento da unidade de saúde em questão. As gestantes que vierem à consulta de pré-natal sairão da UBS com a próxima consulta agendada. As que tiverem atrasadas nas consultas ou que estiverem com algum tipo de intercorrência aguda terão prioridades nesse agendamento, sendo tentado o agendamento no mesmo dia ou no máximo na mesma semana. O registro das mulheres que irão comparecer ao grupo de gestante criado, também é responsabilidade delas.

A secretaria de saúde disponibilizará alguns cartazes e panfletos com orientações sobre a importância do pré-natal, e com todas as orientações necessárias durante essa fase da vida. Os cartazes serão afixados na unidade, em área visível. Os panfletos serão distribuídos para as gestantes durante as consultas e na recepção da unidade. Serão também disponibilizados para orientação da população em geral, distribuídos pelos ACS e durante as reuniões com a comunidade. Caso necessário, a enfermeira e o médico se comprometem na elaboração de outros panfletos e cartazes.

Serão realizadas reuniões com a comunidade para realizar todas as orientações necessárias, informar a importância do pré-natal, as facilidades de fazê-lo, escutar a população em suas dúvidas, dificuldades e mitos. Bem como, solicitar o engajamento dessa população para a melhora do pré-natal na comunidade e aumento da cobertura. Serão organizadas três reuniões, com duração de 1h, em três escolas da comunidade. Os ACS farão a divulgação dessas reuniões e o controle de comparecimento. Será dada preferência as gestantes e seus parentes, já que o espaço físico não é grande.

3 Relatório de Intervenção

A intervenção teve como foco a atenção ao pré-natal e puerpério e ocorreu durante um período de 12 semanas. Foram semanas cheias de trabalho, nas quais as mudanças foram visíveis. Alguns rumos tiveram que ser mudados, outros aconteceram de forma plena, mas acredito que nada tenha prejudicado a intervenção.

Os atendimentos clínicos aconteceram toda quinta-feira pela manhã com o médico e na terça-feira pela manhã com a enfermeira. Logo na segunda semana todas as gestantes haviam sido cadastradas na unidade e iniciaram seu acompanhamento o mais breve possível. As consultas foram sempre agendadas pelas técnicas de enfermagem que ficam na recepção, buscando espaço na agenda para todas as gestantes serem acompanhadas.

Em todas as consultas as gestantes e puérperas eram acolhidas, orientadas quanto a alimentação, exercício físico, cuidado com os dentes, vacinação, aleitamento materno exclusivo, entre outras orientações pertinentes. Em seguida elas eram examinadas, incluindo o exame das mamas, o exame ginecológico, ausculta cardíaca fetal, medição da altura uterina, e por aí vai. Os exames eram solicitados pelo médico ou pela enfermeira. E seus resultados acompanhados e registrados no cartão da gestante e na ficha espelho.

De forma surpreendente, como será visto nos resultados, houveram poucas faltosas e para essas houve busca ativa efetiva. A vacinação das gestantes aconteceu normalmente, não houve falta de vacina, nem elas deixaram de ser vacinadas conforme o protocolo utilizado na intervenção.

Em todas as consultas essas informações eram registradas no prontuário e na ficha espelho. Assim como, os dados eram cadastrados constantemente na planilha de coleta de dados, sem dificuldades em nenhum desses aspectos. As mulheres eram cadastradas na planilha após terem seis consultas (conforme protocolo do Ministério da Saúde que prega um mínimo de

seis consultas de pré-natal para todas as gestantes) ou mesmo que tivessem seu parto antes das 06 consultas, para essas era obrigatória a visita puerperal. Assim, não houve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.

Na realidade, nem todas as puérperas recebiam visita domiciliar. Apenas as que não pudessem se deslocar até a unidade de saúde recebiam tal visita. As demais eram atendidas na própria unidade, com consulta agendada pelas técnicas de enfermagem da recepção.

As reuniões de equipe aconteceram semanalmente, com a minha presença alternando com a da enfermeira. As reuniões de capacitação começaram bem antes de a intervenção iniciar efetivamente para que desse tempo de tudo ser discutido e orientado. Na primeira semana de intervenção, a capacitação dos agentes de saúde e técnicos de enfermagem já havia terminado, os papéis estavam definidos, a rede de busca ativa de faltosas organizada, a padronização dos preenchimentos dos registros e das condutas havia sido realizada e definições de agendamento estavam feitas. Depois, passamos a ter reuniões apenas para ajustar detalhes, fazer mudanças e avaliar a intervenção. Esse quesito talvez seja o melhor na intervenção, a equipe é participativa, abraçou a intervenção e ajudou ela a se desenvolver e a se manter após o fim das doze semanas. Assim como, a interação entre o médico e a enfermeira ao longo da intervenção foi muito boa, muito diálogo e discussão, dúvidas sanadas, padronizações feitas.

Todas essas ações acima foram realizadas de forma integral, mas infelizmente tivemos muitos problemas ao longo das 12 semanas. E várias atividades foram cumpridas parcialmente ou não cumpridas.

Um dos problemas que tivemos foi a falta de sulfato ferroso. Inicialmente, ele era entregue para a usuário durante a consulta, o uso era orientado e incentivado a adesão. Com a falta dele na unidade, muitas usuárias não tem condições de utilizá-lo, por motivos financeiros. Mas mesmo assim, era prescrito e caso houvesse condições a usuário tentava comprar o medicamento. Houve ainda falta de outros medicamentos como a Cefalexina, utilizada para o tratamento de infecção urinária em gestantes. Mas esses outros medicamentos

e insumos que faltaram foram repostos pela secretaria de saúde.

Uma atividade não cumprida foi a distribuição de panfletos e colagem de cartazes que estava programado no projeto de intervenção. Tais materiais não foram disponibilizados pela secretaria ou foram disponibilizados em quantidade insuficiente. Apesar de eles já estarem elaborados. Mesmo com a insistência da equipe a secretaria não fez reposições do material. A equipe não tinha recursos próprios para fazer novas cópias.

As reuniões com a secretaria de saúde ocorreram, inclusive inicialmente estavam previstas duas reuniões e acabaram sendo três (a primeira antes de começar a intervenção, a segunda na 6ª semana e a última de forma parcial na 11ª semana). Como ao longo da intervenção houve falta de alguns insumos como os citados acima, houve a necessidade de antecipar a segunda reunião e realizar uma terceira já quase no final da intervenção para resolver esses e outros problemas. Mas com essas reuniões houve ganhos. Por exemplo, a secretaria de saúde passou a fornecer kits para teste rápido de HIV e tal exame passou a ser feito na própria unidade, durante a primeira consulta e repetido no terceiro trimestre da gestação.

Outro problema que desde o início despontou como uma grande barreira no pré-natal da área foi a equipe de saúde bucal. Eles tinham pouca adesão a intervenção e não atendiam todos os dias na unidade. Mas depois de muita conversa, conseguimos que eles marcassem e atendessem algumas gestantes por semana. Assim, eles passaram a atender duas gestantes por semana e mais outras caso fossem urgentes ou gestantes de alto risco para problemas bucais. Esse foi um grande problema contornado pela equipe.

Também nesses momentos de discussão com eles, definimos que critérios usar (perguntas e exame da cavidade oral) para saber quais gestantes seriam classificadas como de alto risco para saúde bucal e quais receberiam prioridade de atendimento. No final, segundo os critérios acordados não houve nenhuma mulher considerada de alto risco para doenças bucais e a ordem de prioridade foi qual mulher estava mais avançada na gravidez, pelo receio de que elas encerrassem a gravidez sem serem avaliadas.

Conforme previsto, houve três reuniões com a comunidade (nas 3ª, 5ª e 11ª semanas). Todas foram bastante produtivas. Com uma boa média de

participação, também dos pais e maridos de algumas gestantes, totalizando 20 a 30 pessoas em cada reunião. As gestantes e familiares tinham várias dúvidas e crenças populares, portanto perguntaram, expuseram suas queixas e dificuldades. E dentro nas nossas limitações, explicamos o que pudemos.

Foram ótimos momentos de encontro, interação entre a equipe e a comunidade e para conhecer melhor a comunidade e seus problemas. Essa é uma parte da intervenção que seria muito importante de manter após o fim das 12 semanas. Não só com as gestantes, mas com a população como um todo. Percebemos o quanto a comunidade tem problemas, falta de condições materiais e financeiras, falta de estrutura nas casas, o quanto a rede de saúde do município pode ser ineficiente e o quanto a politicagem e o mal uso de recursos podem prejudicar a população. Mas percebemos também, o quanto o povo é alegre, tem vontade de mudar, gosta quando dão atenção a eles, se envolvem quando chamados e participam se houver a motivação certa. Esses três encontros serviram para perceber que as coisas podem ser diferentes, quando bem dialogadas e explicadas. E mostramos para elas que momentos como aquele são importantes.

E por último, o grupo de gestantes talvez tenha sido o principal problema. Tivemos apenas três reuniões das seis agendadas e na realidade apenas duas de fato ocorreram. Houve péssima participação e adesão das gestantes, com cerca de duas a três gestantes por reunião num total de 20 convidadas, e outros problemas também. Devido a esses problemas, a equipe optou por encerrar o grupo, logo após a terceira reunião. Percebeu-se claramente que, na comunidade e na equipe também, há uma vontade muito grande que o médico só faça atendimento clínico no consultório, como se só a visão da cura prevalecesse e a parte de prevenção e educação em saúde fossem desnecessárias. Quem sabe com o tempo conseguimos mudar isso, mas primeiro precisamos mudar a maneira de pensar da própria equipe.

Mas logo em seguida, surgiu uma ideia boa para reposição desse momento de educação em saúde com as gestantes. Foram realizadas duas visitas (na 10ª e na 12ª semanas de intervenção) ao hospital/maternidade do município que foi recém-construída e muitas parturientes tem medo de ir para lá e acabam indo para outros hospitais ter seus filhos. A intenção era conhecer

o hospital e tirar esse medo, mas também foram feitas visitas com o máximo de gestantes possível (cerca de 20 por visita) para mostrar as dependências e ir esclarecendo dúvidas.

Foi mostrado o hospital, elas tiraram suas dúvidas sobre o que é cada espaço, conheceram alguns funcionários, viram equipamentos. Ao final, todas as gestantes eram reunidas em uma sala, era mostrado um vídeo sobre gravidez e parto para elas (esse vídeo já existia no hospital, bem como o televisor) e ao final, mais dúvidas eram esclarecidas. Eram explicados detalhes do parto, cuidados antes, durante e após o parto, incentivado o aleitamento materno exclusivo, triagem neonatal, entre outros temas. Tirou-se algumas dúvidas sobre episiotomia, dequitação da placenta e outros. Assim, houve outro momento de educação com essas gestantes e não ficamos apenas com os atendimentos clínicos.

Tivemos ao final uma reunião de finalização da intervenção com toda a equipe. Todos concordaram que com a exceção do fim do grupo de gestantes e da falta de sulfato ferroso, o resto foi muito bem. Exames sendo solicitados, vacinas sendo feitas, usuários cadastradas, atendidas e examinadas. Poucas foram as faltosas e essas poucas foram buscadas, encaminhadas e continuaram sendo acompanhados pela UBS. Poucos pré-natais de alto risco. Nenhuma usuário com alto risco para doenças bucais. Um grande problema com a equipe de saúde bucal foi contornado. E de fato, todos acham que o pré-natal na área melhorou bastante com a intervenção.

Ao fim, muitas reflexões podem ser feitas. Espero que de fato, as mudanças dessa intervenção sejam incorporadas a rotina do serviço de forma plena. E os pontos que foram deixados de lado passem a ser feitos. Caso o médico continue atendendo como médico da UBS, tais pontos serão melhorados ou incorporados. Mas mesmo que isso não aconteça, a enfermeira parece disposta e a equipe está gostando do que está acontecendo. Assim, espero que tudo continue bem.

Mas podemos perceber várias mudanças que necessitam ser feitas ainda. Mais ênfase nas ações de educação em saúde e engajamento público. Mais momentos de prevenção, mudando inclusive a mentalidade da própria equipe que deseja só atendimento do médico. Melhor distribuição dos recursos

destinados à saúde da população do município, sem deixar faltar medicamentos e insumos básicos. Mais participação da equipe de saúde bucal, esse problema foi contornado, mas mais pode ser feito.

Se fosse possível citar as principais ações a serem mantidas seriam: a busca ativa das gestantes e as reuniões com a comunidade. A primeira, pois infelizmente muitas mulheres se perdem no início ou meio do acompanhamento do pré-natal e é necessário que haja essa busca para evitar que mulheres que necessitem, ou gestações de alto risco se percam e acabem tendo desfechos ruins da gestação, afinal a maior parte das mortes maternas são evitáveis com um bom acompanhamento de pré-natal. A segunda ação porque foi uma experiência única de troca de informações com a comunidade em que estamos intervindo. Aprendemos e ensinamos muita coisa, compreendemos melhor a dinâmica das pessoas e foi uma ótima oportunidade de incentivar o engajamento da população na saúde e em outros temas.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Os resultados da intervenção foram bem consistentes. Não poderíamos deixar de iniciar pela primeira e talvez principal meta que era ampliar a cobertura do pré-natal. Antes da intervenção, havia uma cobertura de cerca de 60% com 54 gestantes cadastradas de um total de 90 estimada para existir na área adscrita a unidade de saúde em questão.

A meta era aumentar para 80% com 72 gestantes cadastradas. Conseguiu-se ao longo dos meses de intervenção, começar com 22 (24%) gestantes cadastradas, segundo mês 46 (51%) e finalizar com 76 (84%) gestantes cadastradas. Ou seja, a meta foi inclusive superada, conforme Figura 1. E podemos perceber que houve aumento absoluto e relativo do número, enfatizando o quanto foi consistente esse resultado.

Se parássemos por aqui já seria um bom ganho para a área e para as gestantes, pois o aumento da cobertura por si só já teria impacto sobre o pré-natal e o desfecho dele. O cadastramento precoce de todas essas gestantes foi a ação que mais influenciou nesse ponto. Isso fez com que tivéssemos uma noção melhor do número total de gestantes e pudéssemos nos organizar em relação à quantas mulheres atender, cadastrar, acompanhar.

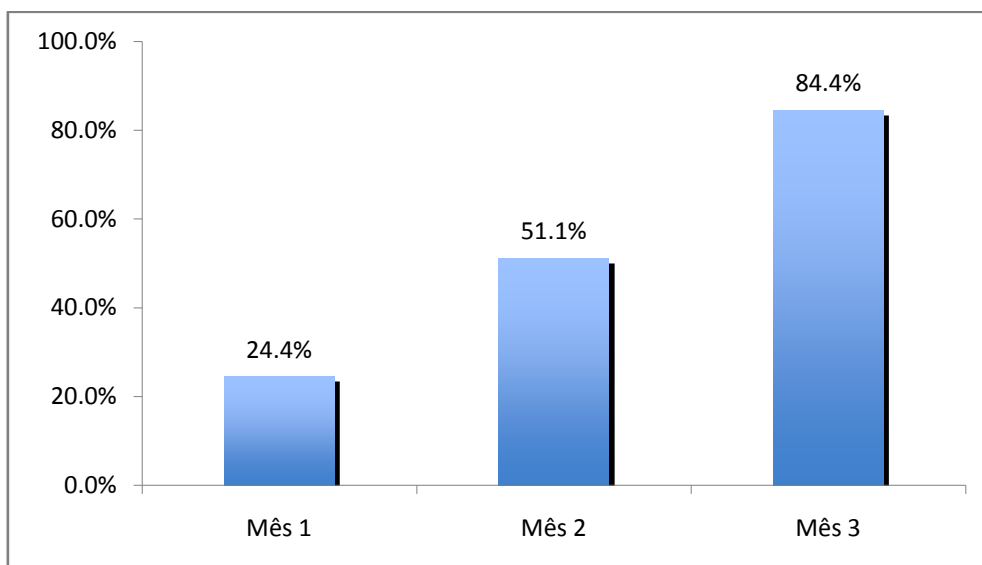


Figura 1 - Proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal de Puerpério na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

A segunda meta foi o aumento do número de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação. Antes da intervenção, apenas 17, ou seja, 31% das gestantes eram captadas no primeiro trimestre e queríamos aumentar para 50% esse valor. Ao longo da intervenção esse valor foi aumentando, 17 (77%) no primeiro mês, 32 (69%) no segundo e terminou com um total de 56, ou seja, 73,3% das gestantes que iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre, conforme Figura 2

O valor mais do que duplicou, graças a esforços simples da equipe, a busca ativa e um pouco de atenção ao pré-natal. Esse ponto é mérito dos agentes comunitários de saúde, que buscavam, cadastravam e traziam as gestantes logo no início da gestação. A divulgação da importância e do que é o pré-natal funcionava de forma plena na unidade, o que também contribuiu bastante para que houvesse esse aumento.

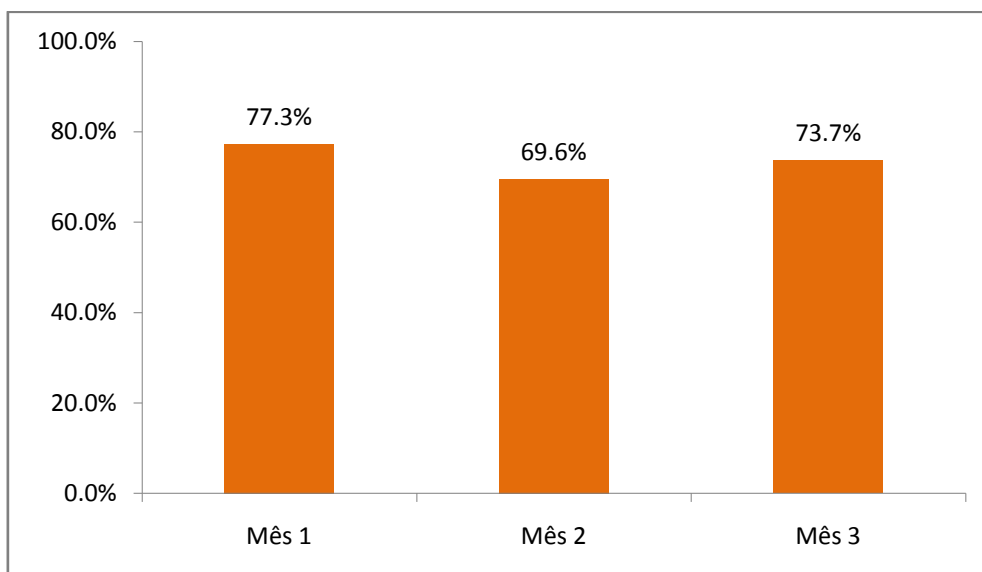


Figura 2 - Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Depois vem um ponto nevrálgico da intervenção, a saúde bucal das gestantes. Essa era uma meta que a equipe achava que não iria atingir. Pois a cobertura nesse quesito era muito baixa, ao final do primeiro mês da intervenção, apenas três gestantes (13%) haviam feito consulta odontológica. No segundo mês já 9 (19%) e ao final, tivemos um total de 39 gestantes (51%) com a primeira consulta odontológica. Assim, mais uma meta foi atingida, sendo apresentada na Figura 3.

Houve muita discussão entre os profissionais para que isso acontecesse e muita negociação até conseguirmos atingir essa meta. Mas a equipe se orgulhou muito de conseguir atingir ela, e conseguimos um grande aliado que foi a própria equipe de saúde bucal da unidade, que inicialmente não cooperava com a intervenção, mas depois passou a colaborar, engrandecendo a conquista.

Havia a meta de realizar 60% de primeira consulta em mulheres consideradas de alto risco para doenças bucais, mas segundo a avaliação da dentista da equipe não houve nenhuma mulher considerada de alto risco para doenças bucais. Se essa informação é verdadeira ou se os critérios utilizados não eram apropriados para essa classificação, será considerado na discussão do trabalho.

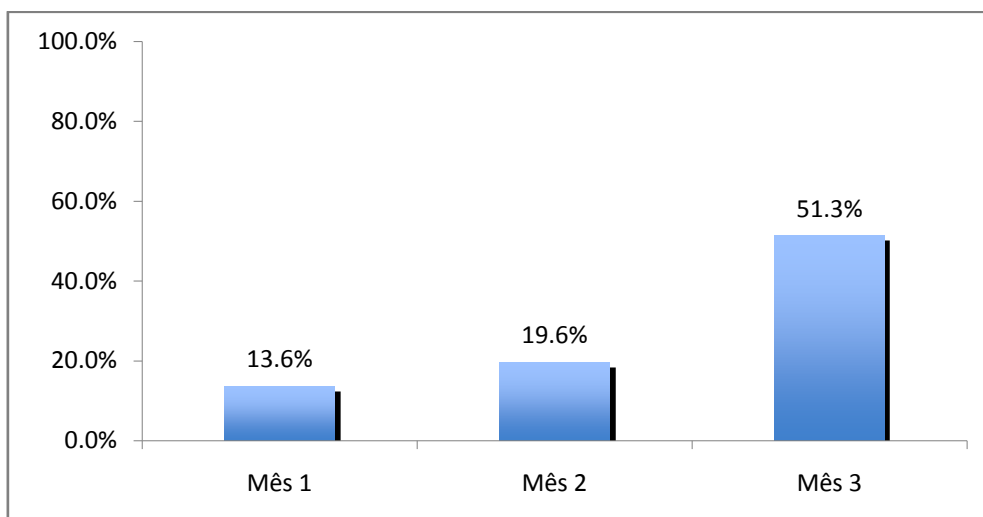


Figura 3 - Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

As próximas metas eram para melhorar a adesão ao pré-natal. O primeiro e único ponto dessas metas seria realizar busca ativa de 90% das faltosas às consultas. Ao longo das 12 semanas de intervenção, houve apenas 19 faltosas às consultas.

Por si só, esse número é animador, pois foi considerado muito baixo pela equipe. Segundo eles, haviam muito mais faltosas ao pré-natal antes e graças ao início da intervenção, a organização dos detalhes e as orientações feitas as gestantes a adesão aumentou. E ainda mais, para todas essas 19 (100%) das gestantes houve busca ativa, sendo assim distribuídas: 2 no primeiro mês, 5 no segundo e 12 no terceiro, todas realizada busca ativa.

Significa que a rede de busca ativa ficou bem estruturada e funcionando. Essa é uma parte da intervenção que deveria continuar após o fim das 12 semanas, pois muito contribui para o pré-natal e que pode ser expandida para outras áreas da unidade (crianças, Hiperdia, etc.).

As metas seguintes seriam para melhorar a qualidade da atenção. A primeira delas foi realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 50% das gestantes durante o pré-natal. Começamos com apenas sete mulheres examinadas (31%), aumentamos para 26 (56%) e conseguimos terminar com 56, ou seja, 73,3% do total de gestantes examinadas. Mais uma meta foi superada. O exame era realizado pela enfermeira, pois as gestantes

se sentiam mais a vontade com ela por ser do sexo feminino logo na primeira consulta esse exame era realizado e os achados anotados no prontuário e na ficha espelho.

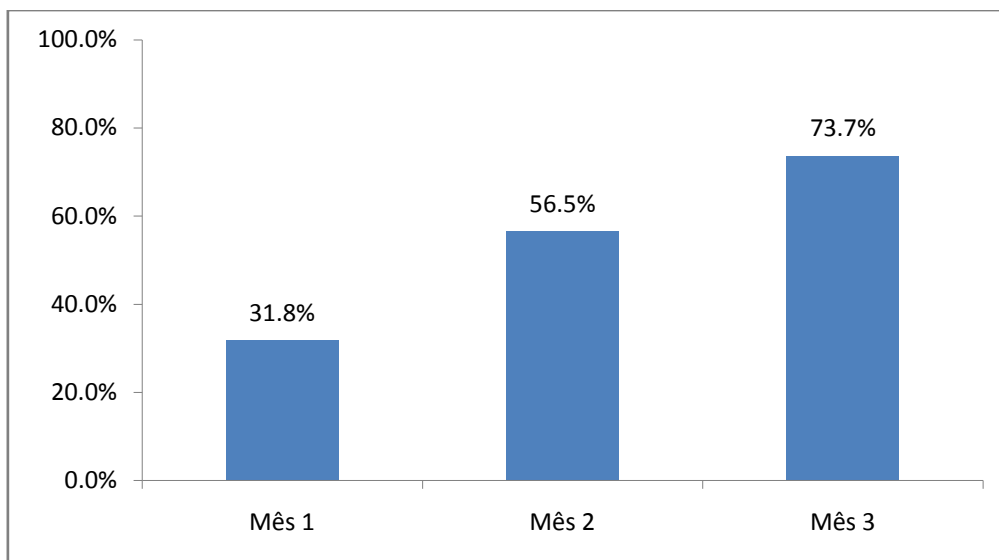


Figura 4 – Proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Em seguida havia a meta de realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal, cuja meta foi plenamente atingida (22, 46 e 76 gestantes examinadas no primeiro, segundo e terceiro meses, respectivamente. Ou seja, 100% em cada mês). O exame das mamas é extremamente importante e relativamente rápido e fácil de fazer. Por isso, essa foi uma meta fácil de ser atingida em que 76 mulheres tiveram suas mamas examinadas ao longo do pré-natal. Esse exame quem realizava era o médico, normalmente em uma consulta já no final do pré-natal, pois ele avaliava se já havia colostro ou não, formato do bico e da mama, e fazia orientações, se necessário.

Depois, queríamos garantir a 100% das gestantes prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, conforme protocolo. Essa também foi uma meta atingida, mas parcialmente. Na realidade, o que aconteceu é que a prescrição de tais medicamentos era feita em todas as consultas, tanto pelo médico como pela enfermeira. Assim, 100%, ou seja, 22 no primeiro mês, 46 no segundo e 76 no terceiro receberam tal prescrição. Mas

infelizmente, conforme dito antes, o sulfato ferroso faltou ao longo da intervenção e, portanto, várias gestantes apesar da prescrição não utilizaram o medicamento, por motivos financeiros ou outros não especificados. Por isso que, em números, como a meta era a “prescrição”, conseguimos atingir, mas se a meta fosse o “uso do medicamento” não teríamos atingido. Mas pelo menos, a prescrição conscientizava a gestante da importância do uso dos medicamentos e muitas faziam esforço para consegui-lo.

Apresentam-se as metas de prescrição de exames obrigatórios ao pré-natal. Tínhamos a ideia de garantir a 100% das gestantes a solicitação de ABO-Rh, hemoglobina/ hematócrito em dia, glicemia de jejum em dia, VDRL em dia, exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia, testagem anti-HIV em dia, sorologia para hepatite B (HbsAg) e sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM). Essa foi uma meta também atingida em números, mas na realidade foi atingida de forma parcial.

A “solicitação” de todos esses exames era feita logo na primeira consulta de pré-natal, pelo médico ou enfermeira. Mas infelizmente, nem sempre recebíamos de volta o resultado de tais exames. Os exames mais simples (ABO-Rh, hemograma, glicemia, VDRL, exame urina tipo 1) eram mais fáceis de ter resultado. Quanto ao exame de HIV passou-se a utilizar o Teste Rápido na própria unidade de saúde, fornecidos pela secretaria de saúde. Mas o HbsAg e a sorologia para toxoplasmose só recebemos o resultado de algumas gestantes. Assim, apesar de todos os exames serem solicitados, nem todos retornavam com os resultados. Esse é um ponto que deve ser discutido com a secretaria de saúde do município, para que eles organizem melhor a rede. Acontece que os exames mais complexos eram realizados em outro município, pois os laboratórios de Extremoz não dispunham de materiais para realizá-los. Por isso, muitas gestantes não faziam os exames ou não recebiam o resultado.

A próxima meta envolvia garantir que 100% das gestantes completassem o esquema da vacina antitetânica e para Hepatite B. Essa foi uma meta que não atingida. A cobertura da antitetânica era de 68% (15 mulheres) no início da intervenção e subiu para 76 (35) e terminou com apenas 78% (60). O número absoluto em si, representou um bom ganho, pois subiu de 15 para 60 mulheres com vacinação completa para o tétano, mas os valores

relativos não foram atingidos. Para a vacina contra Hepatite B foi ainda menor, com 13 mulheres no início (59%) e subiu para 32 mulheres (69%) e terminou com 57 mulheres (75%)

Entendemos que vários fatores influíram nesse quesito. Um dos principais foi o esquema vacinal em si, pois em muitas mulheres tivemos que reiniciar a vacinação por falta de registro de vacinação anterior. E o esquema com vacinas com zero, um e seis meses para a Hepatite B, por exemplo, fazia com que não desse tempo de terminar o esquema antes do fim da gravidez e ele só foi completado após o parto. Além disso, tem também a questão de ser algo doloroso, o que assusta um pouco as mulheres.

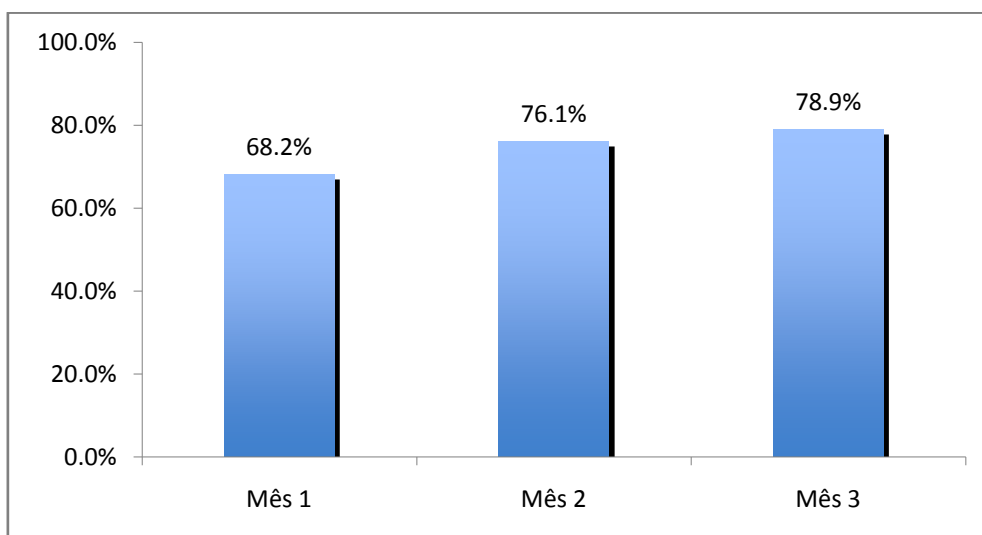


Figura 5 - Proporção de gestantes com o esquema da vacina antitetânica completo na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

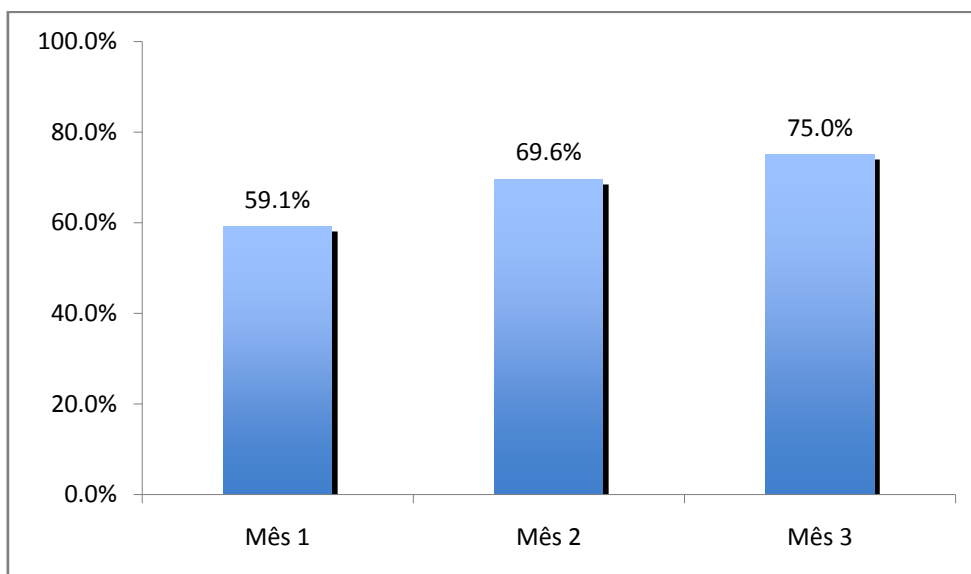


Figura 6 - Proporção de gestantes com o esquema da vacina de Hepatite B completo na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Em seguida, temos a meta de realizar avaliação de saúde bucal em 50% das gestantes durante o pré-natal. Essa foi uma meta quase atingida. Começamos com nenhuma (0%) de gestantes avaliadas, evoluímos para 6 (46%) e terminamos com uma total de 36, ou seja, 47% das gestantes com tal avaliação. Como dito desde o início, na área de saúde bucal tivemos problemas e achávamos que não conseguiríamos atingir as metas relacionadas à saúde bucal. Mas com o esforço da equipe, conseguimos quase atingir tal meta. E se encararmos os valores brutos, temos um bom crescimento, pois no início nenhuma gestante havia sido avaliada e conseguimos subir para quase metade delas.

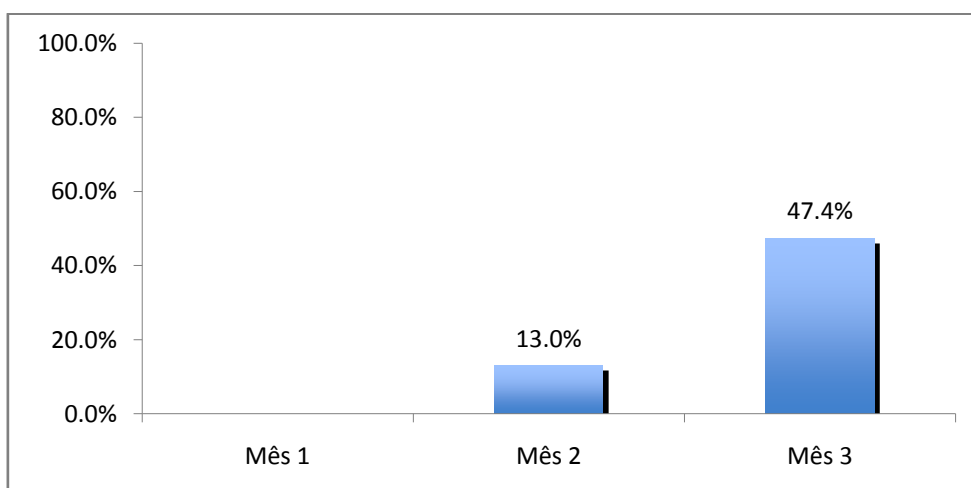


Figura 7 - Proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

E finalizando esse grupo de metas, queríamos realizar exame de puerpério em 70% das gestantes entre o 30º e 42º dia do pós-parto. As mulheres logo após o parto tanto recebiam a visita domiciliar do médico quando não podiam se deslocar até a UBS, quanto poderiam vir até a unidade ser atendida, caso conseguissem. Por isso, conseguimos desde o início um total de 17 (77%) de gestantes com tal avaliação, incrementamos para 41 (89%) e terminamos a intervenção superando a meta com 71 (93,4%) das puérperas avaliadas no pós-parto.

Nesse momento, muitas orientações eram feitas e o recém-nascido examinado e avaliado. A rede de busca ativa construída contribuiu para essa meta ser atingida. Pois os agentes de saúde eram avisados sobre quais gestantes estavam próximas ao parto e assim caso houvesse qualquer falta ou ouvisse informações durante as visitas, já procurava essa gestante para saber se havia parido e se já estava em tempo da consulta puerperal.

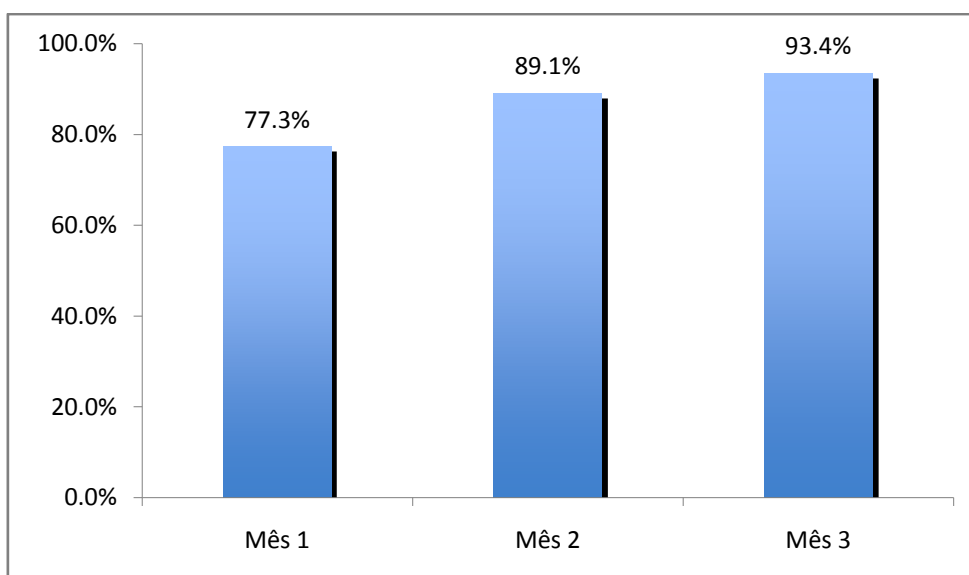


Figura 8 - Proporção de gestantes com exame de puerpério entre 30º e 42º dia do pós-parto na USF Centro I. Extremoz/RN, 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

O quarto grupo de metas objetivavam melhorar o registro das informações. E tinham como principal quesito a manutenção do registro na

ficha espelho de pré-natal/vacinação em 100% das gestantes. Essa foi mais uma meta fácil de ser atingida, pois houve bastante estudo dessa ficha, padronização do registro entre a enfermeira o médico, a ficha era de uso intuitivo, as informações eram registradas facilmente e o uso dessa ficha começou a ser feito antes mesmo da intervenção começar, para ir treinando o uso. Assim, a meta foi atingida com 100% ao final de cada um dos 3 meses de intervenção.

O quinto grupo de metas tinha como finalidade mapear as gestantes de risco. Iniciando-se com a avaliação de risco gestacional em 80% das gestantes. Desde o começo, conseguimos superar essa meta com 100% das mulheres avaliadas e concluímos também com 76 (100%) gestantes avaliadas. Com as seguintes proporções mensais: 22 (100%), 46 (100%) e 76 (100%). A própria ficha espelho ajudava nesse ponto. Pois perguntávamos a idade, comorbidades, gestações, partos e abortos anteriores, uso de álcool e drogas, antecedentes ginecológicos, antecedentes familiares.

Com todas essas perguntas, mais o exame físico e os exames solicitados conseguíamos facilmente definir o risco gestacional daquela mulher. Todas essas informações estavam logo na capa da ficha espelho, estavam no cartão da gestante e foram discutidas entre os profissionais da equipe, ficando difícil de esquecer-se qualquer uma delas.

E depois, queríamos realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 50% das gestantes cadastradas na unidade de saúde. Foi acordado entre o médico e a equipe de saúde bucal quais perguntas deveriam ser feitas nesse caso, e o que procurar no exame da boca das mulheres. Isso foi definido, antes de começar a intervenção, antes mesmo das gestantes passarem a ser atendidas pela dentista. Assim, foi realizado, apenas pelo médico, desde o início essa avaliação de prioridade. Com tais proporções mensais: 22 (100%) gestantes avaliadas, 46 (100%) e 76 (100%). Atingindo e superando a meta.

Essa avaliação não era realizada de forma profunda, pois era realizada pelo médico, que não tem conhecimento sobre isso. Mas depois que as gestantes passaram a ser atendidas pelo dentista, teve a avaliação odontológica. Nesse ponto, é importante destacar que seguindo esse acordo,

nenhuma gestante foi classificada como alto risco de doenças bucais e todas foram colocadas em prioridade normal de atendimento. Primeiro, foram atendidas as mulheres que estavam mais avançadas na gestação, pelo medo de que parissem e não fossem avaliadas.

E o último grupo de metas dizia respeito a promover a saúde no pré-natal, com orientações e cuidados da mulher durante e após o parto. Assim, queríamos garantir que 100% das gestantes recebessem orientação sobre nutrição durante a gestação, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir), anticoncepção após o parto, riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação e higiene bucal. Todas essas metas foram atingidas, 22 (100%) gestantes orientadas no primeiro mês, 46 (100%) no segundo mês e 76 (100%) no terceiro. Ou seja, todas receberam tais orientações e ainda outras orientações foram feitas, como exercícios físicos ao longo da gestação, uso de medicamentos e modificações fisiológicas do corpo da mulher ao longo da gravidez.

A última meta era dar, para 100% das gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica, orientações em relação a sua higiene bucal. Essa meta foi atingida (100% no primeiro, segundo e terceiro meses de intervenção), pois na realidade as orientações de higiene bucal eram dadas a todas as gestantes e puérperas, independente de terem a primeira consulta odontológica ou não. Devido à importância de tal orientação, não seria certo deixar ela apenas para as gestantes que tiveram consultas, quando na realidade, as que não se consultaram com o dentista são as que mais precisam de tais orientações.

4.2 Discussão

A intervenção chega ao fim com muitos resultados: ampliamos a cobertura do pré-natal, melhoramos o atendimento e a qualidade do pré-natal, pela primeira vez na unidade criamos uma rede para buscar as pessoas que não vem à unidade de saúde, mas que precisam, as gestantes estão sendo captadas mais precocemente para serem acompanhadas e quanto mais cedo menor a ocorrência de problemas. Melhoramos vários parâmetros como vacinação, solicitação de exames e prescrição de suplementos. E finalmente,

conseguimos cadastrar o máximo de gestantes da nossa área, o que nos ajuda bastante a planejar o pré-natal.

Como dito anteriormente, das 30 metas definidas inicialmente, seis foram atingidas e superadas e 11 atingidas plenamente, dez foram atingidas, mas em números e não na prática, ou seja, parcialmente atingidas e apenas três não foram atingidas. Os resultados alcançados nos indicadores demonstram que a intervenção foi efetiva.

A intervenção representou para a equipe um ótimo momento de união, de conhecer cada um dos membros da equipe, de saber como pensam e no que acreditam. Foi também um ótimo momento de perceber que quando se pensa junto, se planeja junto, quando vários braços trabalham em prol de um objetivo comum as coisas podem tomar proporções não imaginadas. Mas também é um espaço para perceber, o quanto a visão curativa ainda prevalece na equipe, pois não queriam que o médico parasse de atender para fazer atividades educacionais. E essa visão precisa ser modificada.

Já para o serviço foi uma oportunidade de crescimento, mesmo que em apenas uma das várias linhas de cuidados da unidade. Foi um momento de fazer o serviço ser visto e encarado como “algo que funciona”, e que estimule a abrir portas para outras ações programáticas melhorarem. A própria união da equipe desencadeada pela intervenção faz o serviço crescer. Ou seja, foi um ganho de qualidade, e ganho de união.

Na comunidade a repercussão ainda está sendo sentida. Algumas pessoas já fizeram bons elogios ao pré-natal do serviço, porém foram elogios pontuais, nada sistematizados. O médico chegou inclusive a receber um presente (um bolo de chocolate) de uma das usuárias que acompanhou ao longo do pré-natal, mas foi um presente de agradecimento de uma usuário apenas, não de várias. Se depender da adesão das gestantes e do baixo índice de faltosas temos boas repercussões da intervenção. Esses números demonstram que estamos no caminho certo. Mas esperamos que com o tempo isso melhore e tenha maior impacto ainda. Quem sabe na continuação da intervenção, passar a usar alguma forma de avaliação sistematizada, como um questionário para as gestantes responderem ao final do pré-natal. Assim, teríamos números e opiniões concretas das mudanças.

Caso fossemos realizar a intervenção nesse momento, algumas metas e objetivos teriam mudado, mas não muitas. As metas que foram superadas (cobertura, captação no primeiro trimestre, entre outras) poderiam ter sido ampliadas desde o início. Os objetivos de criação do grupo de gestante não teriam sido sugeridos. As reuniões com a comunidade poderiam ter sido aumentadas em números.

Poderia ter se investido mais na equipe de saúde bucal, por exemplo. De início, eles se demonstraram reticentes e ausentes para a intervenção, mas perceberam a importância dela e acabaram abraçando-a. E por causa disso, as metas relacionadas à saúde bucal das gestantes foram todas atingidas. Quem sabe se tivesse havido mais investimento neles, essas metas teriam sido superadas.

Começando a intervenção novamente, talvez não teríamos criado o grupo de gestantes. Foi algo que demandou muito tempo, muito planejamento e que teve pouco ou nenhum retorno para os objetivos da intervenção. Poderíamos ter pensado em outras estratégias de educação em saúde e outros momentos de discussão de prevenção e promoção à saúde.

Ao final, percebemos que a intervenção só terá real valor se as mudanças e resultados puderem ser incorporados à rotina do serviço. A maior parte das mudanças será facilmente incorporada, as orientações, as prescrições de medicamentos, os exames a ser solicitado, o preenchimento do prontuário, o uso da ficha espelho. Dentro das grandes mudanças, acreditamos que o mais pertinente a ser mantido sejam as buscas ativas, pelo grau de importância e impacto dentro do serviço. Pois conseguimos vários objetivos apenas com essa ação, objetivos como captação precoce das gestantes, aumento da cobertura, cadastro de quase todas as gestantes da área, entre outros efeitos.

E outra atividade que é prioritária em sua manutenção são as reuniões esporádicas com a comunidade. Essas reuniões aconteceram periodicamente, contando com 3 agentes de saúde, a enfermeira e o médico da unidade. Cada reunião com cerca de 30 participantes, para discutir pré natal de suas dúvidas. Mas acabava que discutíamos temas da comunidade, dificuldades, o que a área tem de bom, o que tem de ruim. Trazer novas ideias.

Seria ótimo realizar reuniões como essa, não só para discutir pré-natal, mas para discutir tudo que acontece na área. Entender como são as pessoas da área, quais as suas crenças, quais os seus objetivos, quais as suas dificuldades, quais doenças são mais comuns, quais doenças causam mais medo, são coisas que são essenciais de serem conhecidas pela equipe de saúde de uma unidade básica, pois a partir disso eles podem planejar todo o andamento da saúde do município.

Existem ainda melhoras a serem feitas na intervenção. Afinal, a intervenção oficial termina, mas as mudanças e evoluções têm que ser constantes. Fortalecer o vínculo com a equipe de saúde bucal é algo importantíssimo, pleitear junto à secretaria de saúde que a sala do dentista na unidade seja usada exclusivamente pela nossa equipe (e não por todas as equipes do município) traria um grande benefício, pois a presença diária da equipe, melhoraria o atendimento da demanda.

Outro ponto é fortalecer as orientações. Além disso, cobrar junto à secretaria de saúde o fornecimento regular de sulfato ferroso e demais insumos. Aumentar e melhorar a cobertura da vacinação contra o tétano e hepatite B na área, já que essas foram duas metas não atingidas.

E com certeza, tentar criar mais momentos de educação em saúde. Momentos de discussão, orientações, escuta, engajamento público, que possam definir melhor quais rumos a equipe deve tomar em direção a melhorias na assistência a saúde da área.

Assim, percebemos que o pré-natal já teve uma melhora significativa na área adscrita à unidade em questão. Conforme dito, precisamos continuar melhorando cada vez mais, mas podemos agora, paralelamente a essas melhorias tentar partir para outros rumos de melhoria. O novo rumo que a equipe pretende tomar em termos de melhoria é com os Hipertensos e Diabéticos. Diante do envelhecimento populacional, do incremento das doenças crônico-degenerativas em detrimento das infectocontagiosas, dos maus hábitos de vida, tem-se criado uma nação de obesos, sedentários, hipertensos, diabéticos com doenças associadas. E essa sina dos país precisa ser modificada. Para isso, uma nova intervenção se faz necessária, para que esse rumo possa ter uma final diferente.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção na UBS do Centro I ocorreu durante um período de 12 semanas de setembro a dezembro de 2013. Entre as mudanças propostas, incluía a melhoria dos atendimentos de pré-natal e puerpério. Toda quinta-feira pela manhã com o médico e na terça pela manhã com a enfermeira, as gestantes eram atendidas. O agendamento era feito pelas técnicas de enfermagem que ficam na recepção, buscando espaço na agenda para todas as gestantes serem acompanhadas.

Antes da intervenção havia uma cobertura de cerca de 60% com 54 gestantes cadastradas de um total de 90 estimada para existir na área adscrita a unidade de saúde em questão. A meta era aumentar para 80% com 72 gestantes cadastradas. Conseguiu-se ao longo dos três meses de intervenção, aumentar para 84%, com 76 gestantes cadastradas. Ou seja, a meta foi inclusive superada.

Antes da intervenção, apenas 17, ou seja, 31% das gestantes eram captadas no primeiro trimestre e queríamos aumentar para 50% esse valor. Ao longo da intervenção esse valor foi aumentando e terminou com um total de 56, ou seja, 73,3% das gestantes que iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre

Em todas as consultas as gestantes e puérperas eram acolhidas, orientadas quanto a alimentação, exercício físico, cuidado com os dentes, vacinação, aleitamento materno exclusivo, entre outras orientações pertinentes. Em seguida elas eram examinadas, incluindo o exame das mamas, o exame ginecológico, ausculta cardíaca fetal, medição da altura uterina, entre outros. Os exames eram solicitados pelo médico ou pela enfermeira. E seus resultados acompanhados e registrados no cartão da gestante e na ficha espelho.

Mas infelizmente, nem sempre recebíamos de volta o resultado de tais exames. Os exames mais simples (ABO-Rh, hemograma, glicemia, VDRL, exame urina tipo 1) eram mais fáceis de ter resultado. Quanto ao exame de HIV passou-se a utilizar o Teste Rápido na própria unidade de saúde, fornecidos pela secretaria de saúde. Mas o HbsAg e a sorologia para toxoplasmose só recebemos o resultado de algumas gestantes. Assim, apesar

de todos os exames serem solicitados, nem todos retornavam com os resultados. Acontece que os exames mais complexos são realizados em outro município, pois os laboratórios de Extremoz não dispunham de materiais para realizá-los. Por isso, muitas gestantes não faziam os exames ou não recebiam o resultado.

Houveram reuniões de equipe periodicamente, com a presença do médico e/ou da enfermeira, tanto para realização de formação técnica quanto ao pré-natal, como para ajustes na intervenção, discussão de temas, exposição de problemas, entre outras pautas. A equipe é participativa, e ajudou no desenvolvimento da intervenção.

Um dos problemas que tivemos foi a falta de sulfato ferroso. Inicialmente, ele era entregue para a usuário durante a consulta, o uso era orientado e incentivado a adesão. Com a falta dele na unidade, muitas usuáries não tem condições de utilizá-lo, por motivos financeiros. Mas mesmo assim, era prescrito e caso houvesse condições a usuárie tentava comprar o medicamento. Houve ainda falta de outros medicamentos como a Cefalexina, utilizada para o tratamento de infecção urinária em gestantes. Mas esses outros medicamentos e insumos que faltaram foram repostos pela secretaria de saúde. O sulfato ferroso que persiste faltando.

Em encontros que houveram entre membros da equipe e a secretaria de saúde, essas dificuldades foram discutidas, a gestão disposta a corrigir os problemas: regularizar a entrega de medicamentos como sulfato ferroso e cefalexina, disponibilizar kits de teste rápido de HIV, entre outros temas. A equipe de saúde bucal teve pouca adesão à intervenção e não atendiam todos os dias na unidade. Mas depois de muita conversa, conseguimos que eles marcassem e atendessem duas gestantes por semanas e mais outras casos que fossem urgentes ou gestantes de alto risco de problemas bucais.

Conforme previsto, houveram três reuniões com a comunidade (nas 3ª, 5ª e 11ª semanas). Todas foram bastante produtivas. Com uma média de participação boa, também participação dos pais e maridos de algumas gestantes, totalizando 20 a 30 pessoas em cada reunião. As gestantes e familiares tinham várias dúvidas e crenças populares, portanto perguntaram, expuseram suas queixas e dificuldades. E dentro nas nossas limitações,

explicamos o que pudemos.

E por último, o grupo de gestantes talvez tenha sido o principal problema. Tentamos iniciá-lo por diversas vezes, mas houve péssima participação e adesão das gestantes, entre outros problemas. Devido a esses problemas, a equipe optou por encerrar o grupo. Percebeu-se claramente que, na comunidade e na equipe também, há uma vontade muito grande que o médico só atenda, como se só a visão da cura prevalecesse e a parte de prevenção e educação em saúde fossem desnecessárias. Quem sabe com o tempo conseguimos mudar isso, mas primeiro precisamos mudar a maneira de pensar da própria equipe.

Mas logo em seguida, surgiu uma ideia boa para reposição desse momento de educação em saúde com as gestantes. Estuda-se realizar visitas ao hospital/maternidade do município. A intenção é conhecer o hospital, esclarecer dúvidas e realizar orientações. A ideia está sendo discutida pela equipe e em conjunto com alguns parceiros.

Ao fim, muitas reflexões podem ser feitas. Espero que de fato, as mudanças dessa intervenção sejam incorporadas a rotina do serviço de forma plena. E os pontos que foram deixados de lado passem a ser feitos. Caso haja continuidade do médico isso será tranquilo. Mas mesmo que isso não aconteça, a enfermeira parece disposta e a equipe está gostando do que está acontecendo. Assim, espero que tudo continue bem.

Esses resultados já mostram a consistência e impacto da intervenção para o município. Mas precisa-se da ajuda da gestão para melhorar ainda mais o pré-natal da unidade. Garantia de fornecimento da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, abastecimento constante das vacinas, melhoria da rede de exames com prioridade para as gestantes, são responsabilidades que a gestão tem para melhorar a atenção a saúde do município.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

A intervenção ocorreu na UBS do Centro I com foco no pré-natal e puerpério durante um período de 12 semanas entre setembro e dezembro de 2013. Os atendimentos aconteciam toda quinta-feira pela manhã com o médico

e na terça pela manhã com a enfermeira. Cada gestante tinha seu nome registrado na unidade, era feito o cartão da gestantes e suas consultas eram agendadas pelas técnicas de enfermagem da recepção. A gestante já saía de uma consulta com seu próximo encontro marcado no cartão. Ao longo dos três meses de intervenção, aumentamos para 84% a cobertura do pré natal, com 76 gestantes cadastradas.

Em todas as consultas as gestantes e puérperas eram recebidas e orientadas sobre alimentação, exercício físico, cuidado com os dentes, vacinação, aleitamento materno exclusivo, entre outras orientações. Em seguida elas eram examinadas, incluindo o exame das mamas, o exame ginecológico, ausculta do coração do bebê, medição do tamanho da barriga, etc..

Os exames eram solicitados pelo médico ou pela enfermeira. E seus resultados acompanhados e registrados no cartão da gestante e no prontuário. A vacinação das gestantes aconteceu normalmente, não houve falta de vacina, nem elas deixaram de ser vacinadas conforme o Ministério da Saúde pede. Sempre que possível, as mulheres depois que parissem recebiam uma visita do médico para mais orientações e para o médico examinar a mulher e seu bebê.

Tivemos problemas com a falta de sulfato ferroso. Pois normalmente os profissionais entregavam na consulta, o uso era orientado e incentivado a adesão. Mas como faltou, muitas usuáries não tinham como comprá-lo. Mas mesmo assim, ele era prescrito e caso houvesse condições a usuária tentava comprar o medicamento.

A equipe do dentista atendia duas gestantes por semana e mais outras caso fossem urgentes ou gestantes de alto risco para problemas bucais. Devido a limitação de tempo e material, conhecido por todos, esse foi um grande ganho da intervenção. Mas isso precisa ainda melhorar. Caso o dentista atendesse todo dia na unidade isso poderia ser diferente.

Houve alguns encontros entre a equipe e a comunidade. Três ao todo. Todos foram bastante produtivos. Foram ótimos momentos de encontro, interação entre a equipe e a comunidade e para conhecer melhor a comunidade e seus problemas. Essa é uma parte da intervenção que seria

muito importante de manter. Não só com as gestantes, mas com a população como um todo. Percebemos o quanto a comunidade tem problemas, falta de condições materiais e financeiras, falta de estrutura nas casas, o quanto a rede de saúde do município pode ser ineficiente e o quanto a politicagem e o mal uso de recursos podem prejudicar a população. Mas percebemos também, o quanto o povo é alegre, tem vontade de mudar, se envolvem quando chamados e participam se houver a motivação certa. Esses três encontros serviram para perceber que as coisas podem ser diferentes, quando bem dialogadas e explicadas. E mostramos para elas que momentos como aquele são importantes.

Tivemos a intenção de iniciar um grupo de gestantes, mas que não foi para frente por baixa participação das gestantes e a própria equipe não querer. Mas momentos de orientação, conversa e diálogo são muito importantes e devem acontecer tanto por iniciativa da equipe como da comunidade.

Ao fim, muitas reflexões podem ser feitas. Percebam que as melhoras são claras. O pré-natal da unidade teve um ganho de qualidade grande. E para continuar com esses ganhos, é preciso o engajamento e união da equipe e da comunidade. Espero que de fato, as mudanças dessa intervenção sejam incorporadas a rotina do serviço de forma plena. E os pontos que foram deixados de lado passem a ser feitos, como mais momentos de educação em saúde, vacinação completa das gestantes, maior captação no início da gravidez, melhorar ainda o atendimento de saúde bucal.

Precisamos melhorar principalmente as ações de educação em saúde e engajamento público. Mais momentos de prevenção, mudando inclusive a mentalidade da própria equipe e da comunidade que deseja só atendimento do médico. Melhor distribuição dos recursos destinados à saúde da população do município, sem deixar faltar medicamentos e insumos básicos.

Já estamos em discussão com a Secretaria de Saúde, para melhorar os exames e o fornecimento de medicamentos e insumos. Já estamos discutindo com a comunidade outras reuniões para discutir temas avulsos e escutar ideias. Assim vamos tentar melhorar todos os aspectos da unidade. E a população deve se envolver nisso, trazendo suas ideias e sua força como população para a melhoria da saúde do município.

5 Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem

As minhas expectativas iniciais eram poucas, um curso interessante, que desse a oportunidade para a construção do conhecimento em atenção primária à saúde. Foco que muitas vezes é perdido ao longo da nossa graduação, muito tecnicista e que muitas vezes não ensina a gente a realidade e sim o que tem no livro apenas.

O curso de especialização em Saúde da Família foi bom pois tudo era voltado para a prática, com atuação na unidade básica na qual trabalhamos e não longe da realidade. O curso ajudou a melhorar os conhecimentos sobre saúde coletiva e orientou como melhorar o atendimento e poder fazer mais pela população que estava sob nosso cuidado.

Os principais conhecimentos adquiridos com o projeto incluem o trabalho em equipe, como planejar atividades, como lidar com adversidades, como fazer uma análise situacional, como escrever melhor, como adaptar uma diretriz a realidade, entre outros.

O principal ganho que houve com a intervenção foi que criou um ambiente de interação entre profissionais tão díspares e de lugares tão distantes na própria unidade, incentivando o trabalho em equipe. Mas todos trabalhando em prol de um objetivo único que foi alcançado e que precisa ser continuado para chegar a pontos ainda melhores.

Ao longo do curso, juntamos em um mesmo fórum de discussão médicos, enfermeiros e dentistas, vindos do Rio Grande do Sul ao Rio Grande do Norte, formando uma oportunidade ímpar de comparação entre várias realidades, construção de um conhecimento integrado e multidisciplinar e consequentemente de crescimento e aprendizado. Foi uma oportunidade para,

mais do que ficar lendo textos ou vendo vídeos ou trabalhando a área técnica, mas para construir um conhecimento diferente.

O curso foi inovador na metodologia virtual de ensino e na forma de avaliação. Onde tudo era feito através de uma plataforma virtual, mas sem deixar de lado a orientação de um profissional mais experiente. Foi um sistema de avaliação integrado, longitudinal, sem foco em notas e sim em atitudes, postura crítica, entre outras coisas. Até fizemos uma prova, o Teste de Qualificação Cognitiva (TQC), mas apesar de gerar uma nota, esta nota não entra no sistema de avaliação do estudante.

Enfim, esse foi um curso interessante, que teve um bom rendimento pessoal e para a comunidade. Houve boa interação com os demais colegas e com os orientadores. E espero que os conhecimentos adquiridos nos ajude em outros aspectos, conhecimentos como: quais etapas deve ter um intervenção, trabalho em equipe, lidando com adversidades, mudando rumos caso seja necessário, entre outros citados acima. E mesmo os conhecimentos técnicos adquiridos nos estudos de prática clínica, nos casos clínicos e fóruns de discussão (tuberculose, pneumonia, dor em oncologia, geriatria, aleitamento materno, entre outros temas). E que a construção de uma saúde melhor continue sempre. E tudo isso teve um grande significado para minha prática como profissional.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. 1.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Anexos

Anexo A – Ficha espelho



PROGRAMA DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ Telefones de contato: ____/____/____
Nº SISPre-natal: _____ Anos completos de escolaridade _____ Ocupação _____ Estado civil/união: () casada () estável () solteira () outra
Gesta: ____ Peso anterior a gestação ____ kg Altura ____ cm Tabagista? sim () não () Alguma comorbidade? sim () não () Qual? _____
Informações de gestações prévias
Nº de nascidos vivos ____ Nº de abortos ____ Nº de filhos com peso < 2500g ____ Nº de filhos prematuros ____ Nº de partos vaginais sem fórceps ____ Nº de partos vaginais com fórceps ____
Nº de episiotomias ____ Nº de cesareanas ____ realizou consultas de pré-natal em todas as gestações? () Sim () Não Data do término da última gestação: ____/____/____
Alguma comorbidade? sim () não () Qual? _____
Informações da gestação atual
DUM ____/____/____ DPP ____/____/____ Trimestre de início do pré-natal: ____ Data da 1ª consulta odontológica ____/____/____
Data da vacina antitetânica: 1ª dose ____/____/____ 2ª dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____ Reforço ____/____/____
Data da vacina Hepatite B: 1ª dose ____/____/____ 2ª dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____
Data da vacina contra influenza: ____/____/____

Consulta de Pré-Natal											
Data											
Id.gest.(DUM)											
Id.gest.(ECO)											
Pres. Arterial											
Alt. Uterina											
Peso (kg)											
IMC (kg/m²)											
BCF											
Apresent. Fetal											
Exame ginecológico*											
Exame das mamas*											
Toque**											
Sulfato ferroso?											
Ácido fólico?											
Risco gestacional***											
Orientação nutricional											
Orientação sobre cuidados com o RN											
Orientação sobre AME											
Orientação sobre tabagismo/álcool/drogas e automedicação											
Data prox. consulta											
Ass. Profissional											

* Obrigatório na primeira consulta. Após, conforme a necessidade. ** Toque: conforme as necessidades de cada mulher e a idade gestacional. *** Baixo ou alto risco conforme recomendação do Ministério da Saúde



PROGRAMA DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO
FICHA ESPELHO

Exames laboratoriais							
	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data
Tipagem sanguínea							
Fator Rh							
Coombs indireto*							
Hemoglobina							
Glicemia de jejum							
VDRL							
Anti-HIV							
IgM Toxoplasmose							
IgG Toxoplasmose							
HBsAg							
Anti-Hbs*							
Exame de urina							
Urocultura							
Antibiograma sensível a*:							
Exame da secreção vaginal*							
Exame para detecção precoce câncer de colo de útero*							
Outros							
Ecografia obstétrica							
Data	IG DUM	IG ECO	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros	

Atenção ao puerpério

Data do parto: ____/____/____
Local do parto: _____
Tipo de parto: () vaginal s/ episiotomia () vaginal c/ episiotomia () cesariana.
Se parto cesáreo, qual a indicação? _____
Alguma intercorrência durante o parto? () Sim () Não.
Se sim, qual? _____
Peso de nascimento da criança em gramas _____

Consulta puerperal		
Data		
Pressão arterial		
Fluxo sanguíneo		
Exame das Mamas		
Exame do perineo		
Avaliação da mamada durante a consulta		
Método anticoncepcional		
Sulfato ferroso		
A criança está em AME?		



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ Telefones de contato: ____/____/____

A gestação é considerada de alto risco pela equipe médica () Sim () Não

Atividades coletivas (grupo) de saúde bucal () Sim () Não

Recebeu orientação coletiva: Prevenção de cárie dentária () Sim () Não | Prevenção doença periodontal () Sim () Não

Importância do atendimento odontológico durante o período de gestação () Sim () Não | Nutrição relacionada à saúde bucal () Sim () Não

	Consultas Odontológicas					
Data						
Atividades clínicas individuais de saúde bucal						
Primeira consulta odontológica programática (sim/não)						
Cárie dentária (sim/não)						
Risco de cárie dentária (A-F)						
Gengivite (tecido de proteção) (sim/não)						
Periodontite (tecido de suporte) (sim/não)						
Risco de doença periodontal (tecido proteção e suporte)						
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)						
Urgência odontológica (sim/não)						
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)						
Número estimado de consultas odontológicas						
Necessidade de atendimento odontológico logo após o parto (sim/não)						
Faltou a consulta odontológica agendada (sim ou não)						
Busca ativa da gestante faltosa (sim/não/não necessitou)						
Tratamento odontológico concluído (sim/não)						
Data prevista da consulta de retorno						
Atividades preventivas individuais de saúde bucal						
Orientação prevenção de cárie dentária (sim/não)						
Orientação prevenção da doença periodontal (sim/não)						
Orientação sobre a importância do atendimento odontológico durante o período de gestação (sim/não)						
Orientação nutricional relacionada à saúde bucal (sim/não)						

Classificação de risco de cárie dentária

Baixo risco	Risco moderado					Alto risco			
A: ausência de cavidade de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: história de dente restaurado, sem placa /gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: história de dente restaurado, com placa/ gengivite	C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/ gengivite	D: ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cavidades de cárie ativa	F: presença de dor e/ou abscesso

Classificação de risco de doença periodontal

Baixo risco		Risco moderado				Alto risco		
0: Sextante com periodonto sadio	X: Ausência de dentes no sextante	1: Sextante com gengivite	2: Sextante com cálculo supra gengival	B: Sequela de doença periodontal anterior	6: Elemento com cálculo subgengival e com mobilidade reversível ou sem mobilidade	8: Elemento com mobilidade irreversível e perda de função		
Data	Sextante 1 (dentes 14)	Sextante 2 (dentes 11)	Sextante 3 (dentes 26)	Sextante 4 (dentes 34)	Sextante 5 (dentes 31)	Sextante 6 (dentes 46)	Pior condição	Classificação de risco doença periodontal

Anexo B – Planilha de coleta de dados

	Marque com X	
Informações da sua unidade de saúde:	SIM	NÃO
Existe protocolo para atenção pré-natal?	X	
É adotada a Caderneta da Gestante?	X	
Existe registro específico para a atenção pré-natal?	X	
É realizado agendamento / agendamento das consultas de pré-natal?	X	
As informações são monitoradas regularmente?	X	
É realizada busca ativa das gestantes que não comparecem?		X
É feita avaliação periódica do programa de pré-natal?	X	
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?	X	

OBSERVAÇÕES
Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.
Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.
Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão da Gestante ou Ficha de Pré-Natal.
Considere se as gestantes são informadas sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).
Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar as gestantes faltosas.
Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com as gestantes para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.
Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos pela equipe.
Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações de pré-natal.

DENOMINADOR PARA INDICADOR 1	
Número total de gestantes residentes na área	32

OBSERVAÇÕES
Considere apenas as gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou estimando 1,5% da população total da área. Para isso, digite a sua população total na célula C24, observe o número estimado na célula C26 e digite este número em C15.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de gestantes residentes na área e acompanhadas no programa de Pré-Natal da unidade de saúde				

OBSERVAÇÕES
Considere apenas as gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Pré-Natal. Você pode obter este dado contando as fichas de pré-natal / fichas espelho / fichas

*estimativa de gestantes no território

População total	2166
-----------------	------

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa será calculada automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de

Estimativa de gestantes (1,5% da população total)	32
---	----

[illegible][illegible][illegible]

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

